

200 16 1066 IV
LOU/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. März 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1976 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2011 unter Hinweis auf Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in Arme und Beine bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 29, 35) verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 27. September 2011 (AB 38) einen Leistungsanspruch mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (AB 39) trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 27. April 2012, IV/11/1034, aufgrund verspäteter Beschwerdeerhebung nicht ein (AB 60).

B.

Mit Schreiben vom 14. Mai 2012 (AB 61) meldete sich der Versicherte unter Verweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung wiederum zum Leistungsbezug bei der IV an. Mit Vorbescheid vom 31. Juli 2012 (AB 72) stellte die IVB das Nichteintreten auf das neue Leistungsgesuch in Aussicht, da eine Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht worden sei. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 75) verfügte sie am 8. November 2012 wie vorgesehen (AB 83). Diese Verfügung blieb unangefochten.

C.

Ein weiteres Leistungsgesuch ging am 23. Dezember 2013 bei der IVB ein (AB 84). Diese traf daraufhin Abklärungen medizinischer sowie erwerblicher Art und sah mit Vorbescheid vom 13. April 2015 (AB 108) die Abweisung des Gesuchs vor. Nachdem der Versicherte dagegen Einwände erhoben hatte (AB 113), beauftragte die IVB die Medizinische Abklärungsstelle C._____ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Begutachtung (Gutach-

ten vom 6. Juni 2016 [AB 134.1]). Gestützt hierauf verneinte sie nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 137, 143) mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 (AB 147) einen Anspruch auf Leistungen der IV; dies mit der Begründung, weder sei eine objektive und wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 27. September 2011 eingetreten noch sei ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen.

D.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____, mit Eingabe vom 2. November 2016 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Oktober 2016 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es sei ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einbezug der rheumatologischen und psychiatrischen Fachrichtungen einzuholen.
b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu ergänzenden medizinischen und beruflich-erwerblichen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
c) Subeventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen inkl. berufliche Integrationsmassnahmen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.
4. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, aufgrund inhaltlicher und formeller Mängel könne auf das MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 nicht abgestellt werden.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Sie bringt insbesondere vor, das MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte, weshalb darauf abgestellt werden könne.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. November 2017 wies der Instruktionsrichter den Beweisantrag auf Einholung eines bidisziplinären Gerichtsgutachtens ab.

Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 22. Januar 2018 an den bisherigen Ausführungen und am Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Januar 2018 setzte der Instruktionsrichter den Termin zur öffentlichen Schlussverhandlung auf den 30. April 2018 an.

Mit Eingabe vom 7. März 2018 zog der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung zurück, woraufhin der Instruktionsrichter diese mit prozessleitender Verfügung vom 8. März 2018 absetzte.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 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 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 4. Oktober 2016 (AB 147). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

2.6 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.7 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). 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 oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt

die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Dezember 2013 (AB 84) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2016 (AB 147) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 27. September 2011 (AB 38) und der Verfügung vom 4. Oktober 2016 (AB 147) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Die Verfügung vom 8. November 2012 (AB 83) ist diesbezüglich unbeachtlich, da die Beschwerdegegnerin darin auf das neue Gesuch infolge fehlender Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht eingetreten ist.

3.2 Der Verfügung vom 27. September 2011 (AB 38) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zugrunde:

3.2.1 Im Bericht vom 18. Januar 2011 (AB 10 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, ein WS-Syndrom muskulo-skelettal mit starken Schmerzen und Beeinträchtigungen, Müdigkeit, Osteochondrose sowie eine Depression. Die bisherige körperlich schwere Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine Arbeit in der IT-Branche bzw. an einem Büroarbeitsplatz wäre möglich.

3.2.2 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 5. April 2011 (AB 17) fest, seit 2007 bestehe ein Schmerzsyndrom. Es hätten viele Untersuchungen stattgefunden, jedoch bestehe keine Klarheit und sei auch keine Verbesserung eingetreten. Aufgrund der medizinischen Befunde und der Entwicklung der Beschwerden gehe er von einer somatoformen Schmerzstörung aus. Die Prognose sei ungünstig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei, wenn sie körperlich schwere Arbeit bedeutet habe, nicht mehr zumutbar. Leichte körperliche Arbeit sei dem Versicherten ganztags und vollschichtig ohne Leistungseinbusse zumutbar.

3.2.3 Im Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 26. April 2011 (AB 25) betreffend einer stationären Abklärung und Behandlung (7. März bis 8. April 2011) wurde – abgesehen von Vitaminmangel – ein chronisches muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) diagnostiziert. Im klinischen und radiologischen Befund hätten sich keine Hinweise auf eine strukturelle Störung der Wirbelsäule gefunden. Hinsichtlich der rechten Schulter hätten die diskreten MRI-Befunde nicht mit den klinischen Beschwerden vereinbart werden können. Das Krankheitsbild des Patienten sei weiterhin vollständig mechanisch-somatisch konfiguriert und trotz der offensichtlich massiven psychischen Belastung sei auch in Paargesprächen mit der Ehefrau die Diskussion einer bio-psycho-sozialen Sichtweise konsequent abgewehrt worden. Bezüglich der weiteren beruflichen Entwicklung falle eine Ambivalenz auf, indem der Patient sich zwar als 100 % arbeitsunfähig erlebe, die vorgeschlagenen Therapieoptionen als Möglichkeit der Verbesserung seines Befindens jedoch ablehne.

3.2.4 Im Bericht vom 19. Juli 2011 (AB 28) erachtete der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ einen Gesundheitsschaden mit Blick auf den Austrittsbericht des Spitals F. _____ als nicht ausgewiesen. Es liege ein Schmerzsyndrom vor, bei umfangreichen Untersuchungen seien keine somatischen Korrelate gefunden worden. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich.

An dieser Einschätzung hielt Dr. med. E. _____ in seiner im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erstellten Stellungnahme vom 16. September 2011 (AB 36) fest. Insbesondere liege keine depressive Störung vor. Die

angebliche depressive Störung sei nicht als medizinische und rentenrelevante Erkrankung zu beurteilen, sondern eher als Beschwerdeschilderung des Versicherten. Läge eine solche Störung vor, wäre diese in der Diagnoseliste des Spitals F. _____ angeführt worden.

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 27. September 2011 (AB 38) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im vom 16. August 2011 datierenden, jedoch erst am 14. Dezember 2011 und damit nach Erlass der Verfügung vom 27. September 2011 (AB 38) bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen, rheumatologisch-orthopädischen (Teil-)Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____ (AB 42.3) wurde ein chronisches muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit/bei Wirbelsäulenfehlform, muskulärer Insuffizienz und fraglicher SLAP-I-Läsion Schulter rechts, diagnostiziert (S. 1). Die angestammte Tätigkeit als ... und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... mit ganztägigem Stehen und Gehen seien nicht mehr zumutbar. In einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit, ohne länger dauernde Tätigkeiten über Schulterhöhe oder in vorgeneigter Position des Rumpfes (bis maximal manchmal, d.h. bis drei Stunden am Tag) sei der Versicherte ganztags arbeitsfähig (S. 3).

Dem von der neuropsychiatrisch-leistungspsychologischen Abklärungs- und Begutachtungsstelle H. _____ erstellten psychiatrisch-neuropsychologischen Teilgutachten vom 23. August 2011 (AB 42.4 S. 2 ff.) ist zu entnehmen, dass weder affektpathologische, neurokognitive oder klinisch-neurologische Befunde vorlägen, die auf die Arbeitsfähigkeit Einfluss nehmen würden, noch lasse sich eine neuropsychiatrische Symptomatik feststellen, die für den Verlauf der Arbeitsfähigkeit relevant wäre (S. 9).

Aus interdisziplinärer Sicht sei aufgrund somatischer Diagnosen und Befunde von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Eine angepasste Tätigkeit wie im rheumatologischen Teil beschrieben, sei retrospektiv immer ganztags zumutbar gewesen (AB 42.4 S. 1).

3.3.2 In der neurologischen Beurteilung vom 17. Juli 2012 (AB 71 S. 6 ff.) des Instituts I. _____ diagnostizierte der untersuchende Arzt eine

chronische myofasziale Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Das aktuelle Beschwerdespektrum zeige eine weitgehende Übereinstimmung mit demjenigen, das der Explorand im Juli 2011 bei der AEH angegeben habe. Die neurologische Untersuchung habe, wie frühere Untersuchungen, keine Hinweise auf eine neurologische Erkrankung geliefert. Auch der Mentalstatus sei klinisch unauffällig gewesen und habe keinen Hinweis auf eine psychische Krankheit geliefert (S. 19). Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit Erlass der Verfügung vom 27. September 2011 sei – eng gefasst auf die somatische und medizinisch objektivierbare Gesundheit – schwierig zu bejahen und zu begründen (S. 21 Ziff. 1). Eine körperlich mehr als leichte bis mittelschwere Arbeit sei auf absehbare Zeit nicht zumutbar. Eine seinem Belastungsprofil angepasste Tätigkeit sollte der Explorand nach der Einarbeitungszeit qualitativ uneingeschränkt leisten können, quantitativ müsse wahrscheinlich mit einer Minderleistung gerechnet werden (S. 22 Ziff. 5).

3.3.3 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 8. Dezember 2013 (AB 84 S. 3 f.) über einen verschlechterten Gesundheitszustand. Er diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, paranoiden, histrionischen, hypochondrischen sowie passiv-aggressiven Zügen und entsprechend stark eingeschränkter Konfliktbewältigungsfähigkeit, Selbstwahrnehmung, Impulskontrolle und Affektregulation mit/bei mittelgradiger, chronischer, agitierter Depression mit wechselnd ausgeprägter, insgesamt aber zunehmender Suizidalität sowie Somatisierung (im Sinne einer Verstärkung der seit Jahren bekannten vorbestehenden somatoformen Schmerzstörung). Aufgrund der Kombination von Persönlichkeitsproblematik und massiver Beeinträchtigung der Affektregulation sowie der nach wie vor unbefriedigend kontrollierbaren Schmerzen brauche der Versicherte nun dringend eine Arbeit, in welcher er die aktuelle körperliche Belastung in weiten Teilen selber steuern könne. Bei einer gelingenden beruflichen Eingliederung könnte unter Umständen mit der Zeit eine Erwerbsfähigkeit von 60 bis 80 % erreicht werden.

3.3.4 Im Bericht vom 19. Februar 2014 (AB 88) kam der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ zum Schluss, bei den vom Versicherten geklagten Be-

schwerden handle es sich um ein chronisches Schmerzsyndrom, für welches trotz der umfangreichen Abklärungen kein organisches Korrelat habe gefunden werden können. Die frühere Arbeit als ... sei nicht mehr möglich, eine angepasste Tätigkeit sei nach Einarbeitungszeit vollumfänglich möglich. Seit Erlass der Verfügung von September 2011 sei keine wesentliche und objektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten; der jetzige Zustand (mit voller Arbeitsunfähigkeit für die früher ausgeübte Tätigkeit) habe bereits vor der genannten Verfügung bestanden.

3.3.5 Dem MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 (AB 134.1) sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 34). Es lägen keine somatischen respektive psychischen Störungen mit versicherungsmedizinischer Relevanz respektive mit hinreichender Schwere und Ausprägung vor, um die Arbeitsfähigkeit in der angestammten, wie auch in leidensadaptierten Verweistätigkeit einzuschränken. Die im Beschwerderapport geltend gemachten Beschwerden fänden keine hinreichenden objektivierbaren Korrelate. Hinweise für das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung oder auch Persönlichkeitsakzentuierung ergäben sich nicht, eine relevante Beeinträchtigung der persönlichen Ressourcen ebenso wenig. Eine Suchterkrankung bestehe nicht. In der Gesamtschau fänden sich gewisse Inkonsistenzen und Diskrepanzen zwischen der geltend gemachten Ausprägung der Gesundheitsstörungen und der tatsächlichen Behandlungsaktivität (S. 36).

Auch wenn gewisse degenerative Wirbelsäulenveränderungen bestünden, so seien diese nicht hinreichend, um auf orthopädischem und neurologischem Fachgebiet höhergradige relevante Einschränkungen zu begründen. Auffallend sei, auch in Kenntnis der Aktenlage im Längsschnitt, ein Symptomshift. Nachdem zwei frühere Anträge auf IV-Leistungen mit rein somatischen Diagnosen bereits abgewiesen worden seien, seien nun zuletzt psychische Störungen zusätzlich geltend gemacht worden, wobei sogar eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine mittelgradige chronisch agitierte Depression mit mittelgradiger chronisch zunehmender Suizidalität sowie Somatisierung attestiert worden seien. Ein solches Beschwerdebild könne angesichts der aktuellen Befundlage jedoch ebenso wenig festgestellt werden, vielmehr falle auf, dass die Behandlungsaktivität rückblickend

betrachtet mit der angegebenen Beschwerdeintensität nicht ausreichend korreliere. Es erstaune, dass im zeitlichen Zusammenhang mit der gegenwärtigen Begutachtung nun erst wieder eine schmerztherapeutische Behandlung angedacht und aufgenommen werde und die psychiatrisch-psychopharmakologischen Massnahmen auch nur eher bedarfsweise eingesetzt würden, was nicht gerade für eine konsequente psychiatrische Behandlungsaktivität spreche. Auch rückblickend betrachtet könne weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine länger dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit plausibel gemacht werden (S. 37 f.).

3.3.6 In der Stellungnahme vom 30. August 2016 (AB 143 S. 6 ff.) zum MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 (AB 134.1) führte Dr. med. J. _____ aus, der Versicherte werde darin über weite Strecken als fassadär und um Haltung bemüht beschrieben. Da somit weitgehend die Fassade beurteilt worden sei, ohne ernsthafte Versuche der Gutachter, wirklich dahinter sehen zu wollen, komme den erhobenen "objektiven" Befunden kein wesentlicher Aussagewert zu. Das schon beinahe verächtlich wirkende Ignorieren der von ihm eingereichten Testresultate unterstreiche ein weiteres Mal das Verharren der Gutachter an der vom Versicherten präsentierten Oberfläche. Die zum Teil sehr drastischen Testergebnisse würden halt nicht ins vorgefasste Konzept der Gutachter passen und folglich einfach ignoriert. Aus den lückenhaft befolgten resp. immer wieder abgebrochenen Therapiemassnahmen einen (zu) geringen Leidensdruck abzuleiten, zeuge von erheblicher Unkenntnis der soziokulturellen Einflüsse auf die Therapierbarkeit und in der Folge die rein medizinisch kaum zu verbessernde Krankheitsbewältigung bei diesem Menschen.

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte die vorliegend angefochtene Verfügung vom 4. Oktober 2016 (AB 147) auf das MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 (AB 134.1). Darin haben sich die Experten in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen auch gestützt auf die eigenen Untersuchungen in den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen

Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt.

In somatischer Hinsicht (internistisch, orthopädisch und neurologisch) werden von den Gutachtern keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was gestützt auf die medizinische Aktenlage und die durchgeführten Untersuchungen nachvollziehbar ist und sich im Wesentlichen mit den früheren medizinischen Berichten deckt. Die Experten setzen sich mit diesen früheren Berichten auseinander und es ergibt sich letztlich keine relevante Veränderung in diesen Bereichen. Eine regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln ist nicht belegt (AB 134.1 S. 27), was aber bei den geltend gemachten Schmerzen angezeigt wäre. Auch deshalb erweisen sich die Schlüsse der somatischen Gutachter als nachvollziehbar. Dies wird seitens des Beschwerdeführers denn auch nicht bestritten.

Der psychiatrische Experte setzt sich mit dem ursprünglich im Bericht des Spitals F. _____ vom 26. April 2011 (AB 25) diagnostizierten Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F45.41 auseinander, welches schon damals fraglich erschien und insbesondere – abgesehen von der aus formalen Gründen attestierten Arbeitsunfähigkeit während der Dauer der Hospitalisation – keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hatte (AB 25 S. 4) und wohl von den nachfolgenden Stellen teilweise ungeprüft übernommen worden war (AB 28, 42.3). Nach Beschreibung und immer wieder nachdrücklichen Nachfragen sei deutlich geworden, dass die Kriterien für eine entsprechende Diagnosestellung aktuell nicht gegeben seien (AB 134.1 S. 55). Auch die zwischenzeitlich durch den behandelnden Psychiater genannte Persönlichkeitsstörung (AB 84 S. 3) lässt sich gemäss Gutachter nicht bestätigen, was er einleuchtend darlegt. Auch das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird vom Gutachter unter Hinweis auf den unauffälligen psychischen Befund nachvollziehbar verneint (AB 134.1 S. 56). Diese Einschätzungen erscheinen auch infolge der praktisch fehlenden Medikation als begründet; das gelegentliche Einnehmen von Cymbalta deckt sich nicht mit den Darstellungen des behandelnden Psychiaters, eine Psychotherapie wird erst – wohl auch mit

Blick auf die Begutachtung – in Betracht gezogen, früheres auffälliges Verhalten, das auf eine Persönlichkeitsstörung hindeuten müsste, wird aus den Akten nicht ersichtlich; insofern fehlt es gemäss dem Gutachter an der Befundkonsistenz (AB 134.1 S. 56 f.).

3.5 Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik an der Expertise und dabei insbesondere am psychiatrischen Teilgutachten verfängt nicht.

3.5.1 Der Beschwerdeführer erblickt einen Widerspruch darin, dass der psychiatrische Gutachter eine psychotherapeutische Behandlung empfehle, um unbewältigte innerseelische Vorgänge angehen zu können, er jedoch keine psychiatrische Diagnose stelle (Beschwerde S. 16 Ziff. 1). Die entsprechende Aussage des Gutachters bezieht sich auf die Belastung durch den frühen Verlust des Vaters, welcher nicht bewältigt erscheine (AB 134.1 S. 56). Diesbezüglich hat der Gutachter festgehalten, situationsadäquat sei es bei diesem Thema zu einer traurigen, bedrückten, kurzzeitig andauernden Herabgestimmtheit gekommen (AB 134.1 S. 54). Hieraus lässt sich jedoch nicht auf das Vorliegen einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit schliessen, worauf es entscheidend ankommt.

3.5.2 Als "nicht sonderlich glaubhaft und schon gar nicht schlüssig, sondern eher ebenfalls widersprüchlich" bezeichnet der Beschwerdeführer die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach sich aktuell kein Hinweis auf eine depressive Symptomatik ergebe, obwohl im Gutachten von rezidivierenden Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen mit nächtlichem Erwachen beschrieben würden und zugestanden worden sei, dass der Versicherte den Tränen nahe gewesen sei (Beschwerde S. 16 Ziff. 2). Letzteres beschreibt der Gutachter im Zusammenhang mit der Befragung hinsichtlich des Verlusts des Vaters und dessen Umständen; die diesbezügliche Reaktion erachtete er – wie bereits vorstehend dargelegt – als situationsadäquat (AB 134.1 S. 53). Was die Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten betrifft, lässt sich alleine damit keine depressive Symptomatik diagnostizieren (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.), zumal der psychische Befund unauffällig war (AB 134.1 S. 54 f.).

3.5.3 Wie bereits vorstehend dargelegt (E. 3.4), hat der psychiatrische Gutachter überzeugend festgestellt, dass beim Beschwerdeführer keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer "den sozialen Anforderungen (insbesondere seiner Ehefrau und der Familie) überhaupt nicht gerecht" wird, weil aus der Ehe trotz Kinderwunsch keine Kinder hervorgegangen seien und die Familie vom Einkommen der Ehefrau lebe, da er seit März 2010 nicht mehr berufstätig sei (Beschwerde S. 17 Ziff. 3). Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien umfassen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 274). Unter Berücksichtigung dieser Diagnosekriterien spricht insbesondere die jahrelang unauffällige Erwerbsbiographie (vgl. AB 7, 14) gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Dies findet auch in der vom Beschwerdeführer selbst in Auftrag gegebenen neurologischen Beurteilung des Instituts I. _____ vom 17. Juli 2012 (AB 71 S. 6 ff.) sein Stütze. Der beurteilende Arzt fand keine Hinweise auf eine psychische Krankheit (AB 71 S. 19). Zwar ist dieser kein Facharzt für Psychiatrie, es ist jedoch davon auszugehen, dass er entsprechende Ausführungen in seiner Beurteilung festgehalten hätte, wenn der Beschwerdeführer eine solch schwerwiegende Persönlichkeitsstörung aufweisen würde, wie er geltend macht. Was Dr. med. J. _____ im Rahmen seiner advokatorisch abgefassten Stellungnahme vom 30. August 2016 gegen die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters vorbringt, vermag daran nichts zu ändern. Er verweist dabei erneut auf die von ihm erhobenen Testresultate, ohne diese jedoch anhand der klinisch-diagnostischen Leitlinien zu würdigen und einzuordnen bzw. darzulegen, inwiefern die entsprechenden Diagnosekriterien erfüllt seien.

3.5.4 Soweit der Beschwerdeführer die fachliche Kompetenz des psychiatrischen Gutachters anzweifelt, ist festzustellen, dass dieser im Jahr 2001 in Deutschland den Weiterbildungstitel "Psychiatrie und Psychotherapie" erworben hat; die Anerkennung in der Schweiz erfolgte im Oktober 2014 (www.medregom.admin.ch). Insofern kann offensichtlich nicht von geringer beruflicher Erfahrung und fehlender fachlicher Qualifikation (Beschwerde

S. 26) gesprochen werden. Daran ändert nichts, dass der Gutachter den Titel "med. pract." trägt und nicht dissertiert hat (Beschwerde S. 25). Unbelesen davon verfügt er über die voll anerkannte Kompetenz, als psychiatrischer Facharzt tätig zu sein.

3.5.5 Bezüglich der detailliert aufgelisteten Orthographie- und Interpunktionsfehler (Beschwerde S. 14 f. Ziff. 6), ist nicht ersichtlich, inwiefern diese den Beweiswert des Gutachtens schmälern könnten. Weiterungen dazu erübrigen sich offensichtlich.

3.6 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 6. Juni 2016 (AB 134.1) erstellt, dass im massgeblichen Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) keine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, womit die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 4. Oktober 2016 (AB 147) zu Recht abgewiesen hat. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und folglich 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG), wobei der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- anzurechnen ist.

4.2 Angesichts seines Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt, wobei der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- anzurechnen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt und Notar 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.