

200 16 1159 IV  
GRD/GUA/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. Februar 2018**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Gurtner

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, lic.iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Oktober 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1966 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. August 2007 unter Hinweis auf eine Depression und chronische Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1 S. 1 - 8). Nach Einholung medizinischer Unterlagen und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 23) wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) das Leistungsbegehren ab, da der Versicherte während weniger als einem Jahr durchschnittlich 40% arbeitsunfähig war (AB 24 S. 1).

### **B.**

Mit Neuanmeldungsgesuch vom 28. Juni 2013 ersuchte der Versicherte die Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine chronische Depression, chronische Cholezystitis, Adipositas, schwere Schlafapnoe, Lebersteatose und chronische Myalgie erneut um Leistungen (AB 25). Nach Einholung medizinischer Unterlagen und eines polydisziplinären Gutachtens der MEDAS D.\_\_\_\_\_ GmbH, (MEDAS), vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2015 mangels Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 100). Nach erhobenem Einwand und Einreichung weiterer Arztberichte (AB 104 und 106) holte die IVB eine erneute Stellungnahme der Gutachter vom 27. Januar 2016 (AB 110) sowie beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 123 und 131) ein. Mit Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) wies die IVB das Leistungsbegehren ab.

### **C.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, am 28. November 2016 Beschwerde erheben und beantragen die Verfügung vom 27. Oktober 2016 sei aufzuheben und es sei die Ar-

beitsunfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei über den Rentenanspruch neu zu befinden. Gleichzeitig liess der Beschwerdeführer die Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege beantragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin 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 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 27. Oktober 2016 (AB 133). 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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**2.2.1** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C\_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGer 8C\_130/2017, E. 7.2).

**2.2.3** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene 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 psychischen Störung 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).

**2.2.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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 im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktionaler Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines renten-

begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchgrundlage 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

**2.3** 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.

**2.4** 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 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**

**2.5.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt

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

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.5.2** 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.**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung 28. Juni 2013 (AB 25) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Hingegen ist zu prüfen, ob zwischen der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 11. März 2008 (AB 24) und der hier angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6.1 hiavor).

**3.1** Der behandelnde Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 13. Oktober 2007 aus, dass der Beschwerdeführer vom 7. Juni 2006 bis zum 31. Mai 2007 aufgrund einer Depression zu 100% arbeitsunfähig war. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit sei ein vertebrales Syndrom gewesen (AB 18 S. 1). Mit Verfügung vom 11. März 2008 wurde das Leistungsbegehren abgewiesen, da

der Beschwerdeführer weniger als ein Jahr arbeitsunfähig gewesen war (AB 24 S. 1).

**3.2** Den der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) zugrundeliegenden Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ AG vom 25. März 2011 führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es liege eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (Angst, Sorgen, Depression, Anspannung und Ärger) in ausgesprochen schwieriger psychosozialer Gesamtsituation mit Arbeitslosigkeit, hoher Verschuldung und unzureichender Existenzsicherung vor dem Hintergrund nur teilweiser gelungener kultureller Eingewöhnung und weitreichender sozialer Isolation sowie Schuldgefühlen gegenüber der Primärfamilie vor. Offenbar habe der Beschwerdeführer wiederholt Schwierigkeiten mit Ämtern oder Behörden gehabt. Es bestehe ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge, differentialdiagnostisch auf eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und querulatorischen Zügen (ICD\_10 F43.23, Z56.0, Z59.0, Z60.3, Z63.8, Z64.4 sowie Verdacht auf Z73.1, DD F61.0; AB 34 S. 16).

**3.2.2** Gemäss dem Bericht der Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2013 (AB 39) wirkten sich eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit querulatorischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) vermutlich bestehend seit der Jugend, wiederkehrende Angst und Depression gemischt mit hypochondrischen Zügen (ICD-10 F41.2; erstmals im März 2011 diagnostiziert) sowie differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, leichte Episode (ICD-10 F33.0), und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Von Beginn der Behandlung an habe eine ausgesprochen schwierige psychosoziale Gesamtsituation mit Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), Verschuldung und die längste Zeit unzureichender Existenzsicherung (ICD\_10 Z59), nur teilweise gelungener kultureller Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), weitreichender Isolation und Schuldgefühlen gegenüber der Herkunftsfamilie (ICD-10 Z63.8) sowie gravierende Schwierigkeiten mit Ämtern und Behörden bestanden (ICD-10 Z64.4; AB 39 S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer

sei seit dem 24. März 2011 zu 100% arbeitsunfähig (AB 39 S. 5 Ziff. 1.6). Aus psychiatrischer Sicht sei er in einem ständigen Dilemma mit seinem Selbstwertgefühl, das aufgrund der Schuldgefühle und der sozialen Misere stark angegriffen sei. Er grüble daher viel über Versäumnisse und Fehler, über Möglichkeiten seine Reputation wiederherzustellen oder sich gegen Unrecht zu wehren. Aktuell sei die Stimmung gedrückt, er sei besorgt wegen seiner verschiedenen körperlichen Beschwerden und seiner Dekonditionierung, die er vor allem als Schwäche wahrnehme. Es bestehe eine rasche Belastungsdyspnoe auch bei psychischem Stress, Schwindel und Erschöpfung. Die Konzentration sei somit eingeschränkt und die Leistungsfähigkeit stark vermindert. Die Arbeit als ... sei dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Er sei zu unruhig, zu unkonzentriert, im sozialen Kontext zu sehr fokussiert auf die Fragen von Wertschätzung und Respekt, misstrauisch, angespannt und nach kürzester Zeit erschöpft (AB 39 S. 5 Ziff. 1.7).

**3.2.3** Dem Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2014 sind die Diagnosen eines chronischen myofaszialen Schmerzsyndroms sowie eine Anpassungsstörung mit depressiver Störung zu entnehmen (AB 63 S. 12). Der Beschwerdeführer habe an den Therapien nicht sehr motiviert teilgenommen, da er eigene Vorstellungen gehabt habe, wie die medizinische Rehabilitation verlaufen solle. Er habe sich in der Klinik schwer anpassen können, auch aus dem Grund, dass er in einem zweier Zimmer untergebracht war. Er habe deswegen den vorgesehenen Aufenthalt am 25. Juni 2014, ohne dies mit den Ärzten zu besprechen, abgebrochen (AB 63 S. 13).

**3.2.4** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 9. Oktober 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0; seit der Jugend), eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig remittiert; ICD-10 F33.4) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) auf (AB 65 S. 2 Ziff. 1.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose Verstrickung mit der Herkunftsfamilie (ICD-10 Z63.8). Der Beschwerdeführer sei seit dem 24. März 2011 zu 100% arbeitsunfähig (AB 65 S. 3 Ziff. 1.6). Er habe eine Erwartungshaltung im Hinblick auf medizinische und soziale Dienstleistungen, er sei hypochondrisch und klaghaft. Ihm fehle

zudem jede Motivation zur Veränderung seines Zustandes mit Bereitschaft zu einer Arbeitsleistung (AB 65 S. 4 Ziff. 1.7). Die Therapie sei am 13. Mai 2014 vom Beschwerdeführer abgebrochen worden (AB 65 S. 3 Ziff. 1.5).

**3.2.5** Im Bericht vom 21. Oktober 2014 des Spitals J. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, eine Anpassungsstörung vor dem Hintergrund schwieriger sozialer Verhältnisse, ein chronisch myofasiales Schmerzsyndrom, chronische Bursitis subacromialis rechts sowie ein schweres Schlafapnoesyndrom (AB 68 S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer leide an einer chronisch rezidivierenden diffusen Schmerzproblematik, betroffen seien der Rücken, die Schultern und die Beine. Dies sei seit Jahren bekannt und mit ambulanten und stationären Behandlungen bisher nicht modulierbar gewesen. Bekannt seien weiter auch eine Adipositas, eine Hyperkyphose und diffuse generalisierte Muskelschmerzen. Es hätten bisher keine relevanten strukturellen Veränderungen ausser den Schulterpathologien nachgewiesen werden können (AB 68 S. 1 f. Ziffer 1.4). Der Beschwerdeführer sei seit Jahren nicht mehr arbeitstätig. Es seien keine exquisiten Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt worden. Eine Arbeitsunfähigkeit könne wahrscheinlich nicht alleine rheumatologisch begründet werden, da keine strukturellen Veränderungen vorlägen. Aktuell sei eine mehr als 50%ige leichte wechselbelastende Tätigkeit wahrscheinlich nicht denkbar. Eine psychiatrische Evaluation und eine zusätzlich internistische Beurteilung seien mit Blick auf das Schlafapnoesyndrom sicher indiziert (AB 68 S. 2 Ziff. 1.6).

**3.2.6** Die MEDAS-Gutachter Dres. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, diagnostizierten im Gutachten vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Fibromyalgie-Syndrom entsprechend den Kriterien des American College of Rheumatologie 2010 sowie ein schwergradiges obstruktives Apnoe-Hypopnoe-Syndrom. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien rezidivierende Thoraxbeschwerden extrakardialer Ätiologie, eine unklare

Repolarisierungsstörung lateral im Ruhe-EKG, ein metabolisches Syndrom mit grenzwertigen Blutdruckwerten, grenzwertigem Cholesterin- und Blutzuckerwert, eine Adipositas permagna und Bewegungsmangel, ein Status nach Nikotinabusus, ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4), eine Meralgia paraesthetica femoralis lateralis, beidseitiger Spreizfuss sowie ein Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom (AB 91.1 S. 39).

Der Psychiater Dr. med. O. \_\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer leide gemäss seinen eigenen Angaben unter einer Vielzahl von körperlichen Beschwerden und stehe schon seit Jahren in einer eher lockeren ambulanten Therapie. Er beschreibe eine desolante psychosoziale Situation mit hoher Verschuldung und mittlerweile Trennung von der Ehefrau aufgrund der psychosozialen Schwierigkeiten, wobei er immer noch mit ihr zusammen lebe (AB 91.1 S. 25). Zusammenfassend könne aufgrund der schwierigen Situation und des auffälligen Verhaltens des Beschwerdeführers tatsächlich angenommen werden, dass eine mögliche Persönlichkeitsstörung vorliege. Es sei schwierig diese anlässlich einer einmaligen Untersuchung genauer einzukreisen. Es fänden sich deutliche Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen, psychosozialen und beruflichen Bereich. Dem Beschwerdeführer fehle es an Konstanz. Er habe sich massiv verschuldet und wirke einerseits trotz der gesamten Problematik emotional wenig betroffen, andererseits betrachte er sich als Opfer und sei nicht bereit, aktiv etwas gegen den aktuellen Zustand zu unternehmen. Es falle auf, dass er in eine Vielzahl von Strafverfahren verwickelt und deswegen auch schon verurteilt worden sei, wobei er gemäss eigenen Angaben auch schon freigesprochen wurde. Tatsächlich sei anzunehmen, dass mögliche querulatorische, allenfalls narzisstische Züge, möglicherweise auch eine hypochondrische Haltung vorlägen, wie dies von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ erwähnt worden sei. Affektiv sei er nicht beeinträchtigt, gut schwingungsfähig und könne problemlos einen guten Kontakt aufnehmen. Es sei nicht nachvollziehbar, weswegen er sich in der Wohnung derart zurückziehe, möglicherweise bestehe auch eine resignative Entwicklung, welche diese Motivationslosigkeit erkläre. Grundsätzlich könne dem Beschwerdeführer daher viel mehr zugemutet werden, denn Ressourcen dazu weise er auf, immerhin habe er

zwei Studien ohne relevante Schwierigkeiten und eines davon in einem ihm fremden Land absolviert. Es seien vorwiegend die psychosozialen Umstände, welche verunmöglichen würden, dass er die erlernten Berufe als ... und ... ausüben könne, eine andere Tätigkeit sollte ihm aber vollumfänglich möglich sein. Aufgrund des psychischen Zustandes werde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet. Dem Beschwerdeführer seien mehr Anstrengungen zuzumuten, um einer Tätigkeit nachzugehen. Theoretisch könne er sowohl seiner angestammte Tätigkeit und als auch jeglichen alternativen Tätigkeiten nachgehen (AB 91.1 S. 27). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe keine Diskrepanz zu den Angaben in den Unterlagen. Auch vom behandelnden Psychiater Dr. med. I. \_\_\_\_\_ werde die Meinung vertreten, dass vor allem motivationsbedingte und psychosoziale Probleme im Vordergrund stünden, welche verhindern würden, dass der Beschwerdeführer einer Tätigkeit nachgehe. Die Prognose müsse nach dem bisherigen Verlauf bezüglich Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit als sehr gering eingestuft werden. Der Beschwerdeführer unternehme praktisch keine Anstrengungen um eine Verbesserung der Situation herbeizuführen (AB 91.1 S. 28).

Dr. med. M. \_\_\_\_\_ stellte fest, aufgrund der Befunde liege keine relevante kardiale Grunderkrankung vor. Entsprechend sei der Beschwerdeführer aus rein kardiologischer Sicht für alle körperlichen Arbeiten auch für schwere körperliche Arbeiten zu 100% arbeitsfähig (AB 91.1 S. 20).

Der orthopädische Teilgutachter stellte fest, der Beschwerdeführer klage seit eineinhalb Jahren über zunehmende generalisierte Muskelschmerzen. Diese würden als stechend beschrieben und könnten anamnestisch an sämtlichen Körperregionen lokalisiert werden, nämlich im Bereich der gesamten Wirbelsäule, am Brustkorb, im Bereich der gesamten oberen und unteren Extremitäten, im Nackenbereich sowie im Bereich der Hüften bei klinisch unauffälligem Befund. Entsprechend dem Widespread Pain-Index werde eine Punktezahl von 17 erreicht. Zusätzlich beschreibe der Beschwerdeführer ein Schwächegefühl, er sei permanent erschöpft und leide an Konzentrationsstörungen. Die Schmerzintensität und die Intensität der Symptome entsprächen einer Punktezahl über 5 auf der Symptom Severity Scale. Diese klinischen Angaben, mit den erhobenen Punktwerten würden

die Kriterien einer Fibromyalgie, wie sie im American College of Rheumatologie 2010 definiert sei, erfüllen, insbesondere da keine anderen Krankheiten vorlägen, welche die Beschwerden erklären könnten. Es lägen dementsprechend keine objektivierbaren organischen Veränderungen, sondern nur generalisierte Schmerzen vor. Aus orthopädischer Sicht komme es deshalb rein schmerzbedingt, bei fehlenden objektivierbaren organischen Veränderungen, zu einer vollen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, bestünde schmerzbedingt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (AB 91.1 S. 33).

Aus pneumologischer Sicht bestehe in zeitlicher Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer adaptierten Tätigkeit. Arbeiten im Schichtbetrieb sollten jedoch vermieden werden. Zudem seien Tätigkeiten als ... nur mit Auflagen (regelmässige Kontrollen der APAP Therapie mit optimaler Compliance und Therapieeffizienz) möglich (AB 91.1 S. 38).

Gesamtmedizinisch sei somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer körperlich schwere Arbeiten nicht durchführen könne. Für leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestünde eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20%. Als adaptiert gälten Tätigkeiten, welche die qualitativen Einschränkungen aus pneumologischer Sicht berücksichtigten (AB 91.1 S. 42).

**3.2.7** Im Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2015 wurde neu ein Verdacht auf eine ADHS diagnostiziert (AB 106 S. 6). Der Beschwerdeführer weise eine lebenslange Geschichte von Übergewicht auf, welche bereits in der Kindheit begonnen habe. In seinem Leben liessen sich multiple Knicke in der Lebensentwicklung feststellen, die zum einen mit der ausgeprägten Impulsivität, der permanenten innerlichen Nervosität, der Störung der sozialen Interaktionen und der psychomotorischen Unruhe des Patienten in Zusammenhang stünden. Während bisher von Persönlichkeitsakzentuierungen oder Persönlichkeitsstörungen die Rede gewesen sei, werde nach Durchführung eines abgekürzten Wender-Reimherr-Interviews, die Diagnose einer ADHS vorliegend als wahrscheinlicher erachtet. Typischerweise gehöre dazu auch die Beruhigung durch Nahrungs-

einnahme, welche der Patient im Interview ebenfalls bestätigt habe. Diese Diagnose sollte weiter abgeklärt werden (AB 106 S. 8).

Gemäss den diesem Bericht beigelegten Ergebnissen einer spiroergometrischen Untersuchung vom 25. September 2015 vor bariatrischer Operation war der Beschwerdeführer in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit schwer eingeschränkt und es lag eine mittelschwer eingeschränkte kardiorespiratorische Fitness mit Hinweis auf eine pulmonal-mechanische (reduzierte Atemeffizienz) und eine kardiale und peripher-muskuläre Limitierung mit Hinweis auf einen Ventilations-Perfusions-Mismatch vor (AB 106 S. 14).

**3.2.8** Am 27. Januar 2016 nahmen die MEDAS-Gutachter zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden und neu eingereichten Arztberichten (AB 106) Stellung (AB 110).

Der Psychiater Dr. med. O.\_\_\_\_\_ führte aus, dass es im Allgemeinen schwierig sei, eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Eine derartige Diagnose gründe auf möglichst vielen fremdanamnestischen Angaben, da gemäss Definition des ICD-10 von einer dauerhaften Störung mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter auszugehen sei. Es handle sich dabei um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmerkmale, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen mit deutlicher Abweichung im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen im Vergleich zur Mehrheit der Bevölkerung äussern würden. Diese Verhaltensmuster müssten stabil sein und sich auf vielfältige Bereiche beziehen. Aus den Unterlagen gehe jedoch nicht klar hervor, seit wann beim Beschwerdeführer eine mögliche auffällige Persönlichkeitsproblematik vorliege. In den vergangenen Jahren sei der Beschwerdeführer auf jeden Fall nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Es lägen keine Berichte vor, in denen seit dem frühen Erwachsenenalter Persönlichkeitsauffälligkeiten dokumentiert worden seien. Zudem sei es dem Beschwerdeführer immerhin gelungen zuerst in seiner Heimat ein Studium zu absolvieren und danach einige Jahre berufstätig zu sein und schliesslich in der Schweiz ein ... Studium abzuschliessen und auch hier zumindest ein Jahr berufstätig zu sein. Dies zeige doch auf, dass er sich bestens an gewisse Umstände anpassen könne, auch wenn sehr hohe Anforderungen an ihn gestellt würden. Aus diesem Grund sei einzig aufgrund der zur Verfügung

stehenden Angaben in den Unterlagen anzunehmen, dass eine problematische Persönlichkeit möglicherweise vorliegen könnte, da der Beschwerdeführer zumindest in den letzten Jahren zunehmend Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen gehabt habe, keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen dürfe und auch im Verhalten und seinen Reaktionen teilweise (doch nicht immer) auffällig sei. Dies lasse einzig den Schluss zu, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. Eine Persönlichkeitsstörung alleine genüge allerdings nicht, um eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Es sei unter anderem der Schweregrad einer allfälligen Persönlichkeitsstörung ausschlaggebend, welche sich dann insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich auswirke und sich auch auf die Leistungsfähigkeit niederschlagen könne. Zusammenfassend müsse daher festgestellt werden, dass auch bei Annahme einer Persönlichkeitsstörung grundsätzlich die Arbeitsfähigkeit als nicht beeinträchtigt beurteilt werden könne, da genügend Hinweise darauf bestünden, dass der Beschwerdeführer in der Lage wäre, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (AB 110 S. 5 f.).

Der Kardiologe Dr. med. M. \_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass die Leistungsfähigkeit gegenüber der Fahrradergometrie bei der kardiologischen Begutachtung vom 13. April 2015 gemäss den Untersuchungsergebnissen im Bericht vom 8. Oktober 2015 des Spitals J. \_\_\_\_\_ (Untersuchung vom 25. September 2015 [AB 106 S. 6 - 18]) tatsächlich abgenommen habe. Es würden sich jedoch nach wie vor keine relevanten Hinweise auf eine kardi-ale Erkrankung zeigen, insbesondere lägen keine Hinweise auf eine ischämische oder hypertensive Herzerkrankung und Rythmusstörungen vor. Die kardi-ale Limitierung könne somit nicht mit einer kardialen Krankheit erklärt werden. Vielmehr würden sich mit erheblicher peripher-muskulärer Limitierung Zeichen seiner körperlichen Inaktivität und seines inaktiven Lebenswandels in Kombination mit der Adipositas per magna zeigen (AB 110 S. 7).

Dr. med. P. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass sich aus pulmonaler Sicht keine Änderung seit der letzten Beurteilung ergeben habe (AB 110 S. 4 Ziff. 7).

Aus orthopädischer-rheumatologischer Sicht sei im Gutachten vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) eine Fibromyalgie diagnostiziert worden. Diese Diagnose sei im Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2015 (AB 106 S. 6) bestätigt worden (AB 110 S. 8).

**3.2.9** Dem Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2016 ist unter anderem neu die Diagnose eines chronischen Schulterschmerzes rechts mit Verdacht auf Schmerzausweitung zu entnehmen. Aufgrund von Klaustrophobie hätte keine MR-Autographie rechts durchgeführt werden können. Der Beschwerdeführer habe aber eine Diagnose erzwingen wollen und eine Untersuchung im Spital R. \_\_\_\_\_ in einem offenen MRI gewünscht. Wie erwartet, habe sich MR-tomographisch eine Rotatorenmanschettenruptur des Supraspinatus noch ohne Muskelatrophie gezeigt. Aufgrund dieses Befundes und auch aufgrund der Schmerzausweitungstendenz sei keine Steroidinfiltration geplant. Für eine Physiotherapie sei die Compliance ungenügend (AB 127 S. 4).

**3.2.10** Die RAD-Ärztin Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm im Bericht vom 5. Oktober 2016 (AB 131) zu dem Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2016 (AB 127 S. 4 f.) und den Untersuchungsberichten des Spitals R. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2016 und 20. Juni 2016 (AB 127 S. 6 und 2 f.) Stellung. Die Gesamtheit der Befunde zeige altersentsprechende Veränderungen der Schultergelenke, wie sie knapp 50-Jährige in der Bildgebung aufweisen würden. Dazu gehörten auch die beschriebenen Partialrupturen der Rotatorenmanschette. Es lägen keine funktionellen Einschränkungen vor die eine entsprechende Diagnostik notwendig gemacht hätten. Die Untersuchungen seien allein auf Veranlassung des Beschwerdeführers durchgeführt worden. Das im MEDAS-Gutachten beschriebene Zumutbarkeitsprofil gelte unverändert. Eine erneute orthopädische Untersuchung sei nicht erforderlich, da in der Zwischenzeit keine anamnestischen Informationen vorlägen, welche auf eine Änderung des Gesundheitszustandes schliessen lassen würden (AB 131 S. 4).

### 3.3

**3.3.1** 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).

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).

**3.3.2** 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 Beweismündigkeit (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.4** Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) stützt sich massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 (AB 91.1), darin werden neu – neben den zahlreichen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Fibromyalgie-Syndrom sowie ein schwergradiges obstruktives Apnoe-Hypopnoe-Syndrom diagnostiziert (AB 91.1 S. 39). Im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2008 (vgl. E. 3.1 hiervor) ist bereits damit bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten (vgl. hierzu E. 3.5 hiernach), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Ein Neuanmeldungsgrund ist damit erstellt und der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung allseitig frei zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.5** Das MEDAS-Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 3.3.1 hiervor) gestellten Anforderungen, sodass diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet.

**3.5.1** Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens macht der Beschwerdeführer in der Beschwerde geltend, Dr. med. O. \_\_\_\_\_ habe ihn lediglich während sehr kurzer Zeit gesehen. Er habe sich sodann allein mit dem Arztbericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt, bei welchem der Beschwerdeführer nur während fünf Monaten in Behandlung gestanden habe. Gar nicht auseinandergesetzt habe er sich hingegen mit der Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, bei welcher der Beschwerdeführer am längsten in Behandlung gewesen sei und welche eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit querulatorischen und narzisstischen Anteilen diagnosti-

ziert habe (Beschwerde, S. 4 f. Ziff. 6). Zusätzlich verlangte er bereits im Vorbescheidverfahren, dass der Verdacht auf ADHS weiter abzuklären sei (AB 106 S. 2). Dem kann nicht gefolgt werden.

Dr. med. O.\_\_\_\_\_ setzt sich sowohl im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. April 2015 (AB 91.5), welches integrierender Bestandteil des Gesamtgutachtens vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) bildet, als auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 27. Januar 2016 (AB 110 S. 5 f.) detailliert sowohl mit den subjektiven Angaben als auch mit den Vorakten auseinander und begründet seine abweichenden Schlussfolgerungen überzeugend. Daran ändert nichts, dass der Teilgutachter – entgegen der Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ (AB 39 S. 2 Ziff. 1.1 und 65 S. 2 Ziff. 1.1) – nur einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung äussert. Dr. med. O.\_\_\_\_\_ begründet seine Diagnosestellung denn auch damit, dass es schwierig sei eine solche Störung in einer einmaligen Untersuchung näher einzukreisen (AB 91.5 S. 7) und keine Berichte vorlägen, in denen seit dem frühen Erwachsenenalter Persönlichkeitsauffälligkeiten dokumentiert worden seien (AB 110 S. 5). Weiter legt er denn auch überzeugend dar, dass sich die anfangs zur Verdachtsdiagnose gehörenden Befunde aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen Ressourcen nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und der Beschwerdeführer vorwiegend durch psychosoziale Umstände an der Ausübung seiner angestammten Tätigkeit behindert wird. Er setzt sich zudem eingehend mit den Schwierigkeiten des Beschwerdeführers im zwischenmenschlichen, psychosozialen und beruflichen Bereich auseinander (AB 91.5 S. 7 f.). Soweit der Beschwerdeführer schliesslich eine zu kurze Explorationsdauer rügt ist ihm nicht zu folgen. Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens weniger auf die Dauer der Untersuchung als vielmehr auf deren Inhalt an (Entscheid des BGer vom 13. Juli 2016, 8C\_260/2016, E 5.1). Dr. med. O.\_\_\_\_\_ hatte Kenntnis der Vorakten und konnte dementsprechend das Explorationsgespräch zielgerichtet führen. Hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung ist darauf hinzuweisen, dass diese sowohl vom behandelnden Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ als auch vom Teilgutachter Dr. med. O.\_\_\_\_\_ als remittiert bezeichnet wurde (AB 65 S. 2 Ziff. 1.1 und 91.5 S. 6). Sodann wird der im Bericht des

Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2015 geäusserte Verdacht auf ADHS (AB 106 S. 6) durch die übrigen medizinischen Akten nicht gestützt, vielmehr steht die Diagnose völlig isoliert da. Damit besteht aus psychiatrischer Sicht, kein invalidisierender Gesundheitsschaden.

**3.5.2** In somatischer Hinsicht wurde im MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, neben einem schwergradig obstruktiven Apnoe-Hypopnoe-Syndrom bei fehlenden objektivierbaren organischen Veränderungen ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert (AB 91.1 S. 39).

Im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer geltend sein Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung im April 2015 verschlechtert. Eine neue spiroergometrische Untersuchung vom 25. September 2015 (vgl. Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2015; AB 106 S. 10 -18) zeige eine schwer eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit sowie eine mittelschwer eingeschränkte kardio-respiratorische Fitness mit Hinweis auf eine pulmonal-mechanische kardiale und peripher-muskuläre Limitierung. Weiter bestehe ein Hinweis auf einen Ventilations-Perfusions-Mismatch. Des weiteren machte der Beschwerdeführer gestützt auf den Bericht des Spitals R. \_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2016 (AB 121 S. 2 f.) geltend, es habe an der linken Schulter eine Partialruptur sowie eine Arthrose festgestellt werden können (AB 121 S. 1).

Die Einwände des Beschwerdeführers überzeugen nicht. Soweit er eine Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit geltend macht, ist auf die Stellungnahme des kardiologischen Gutachters Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2016 (AB 110 S. 7 f.) zu verweisen. Dieser legt schlüssig und nachvollziehbar dar, dass insbesondere die kardiale Limitierung mangels relevanter Hinweise nicht mit einer kardialen Krankheit erklärt werden könne, vielmehr würden sich mit erheblicher peripher-muskulärer Limitierung Zeichen der körperlichen Inaktivität und des inaktiven Lebenswandels des Beschwerdeführers zeigen (AB 110 S. 7). Was die Schulterschmerzen betrifft, ist auf die überzeugenden Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2016 zu verweisen, wonach die Gesamtheit der Befunde eine altersentsprechende Veränderungen der Schultergelenke zeige (AB 131 S. 4). Eine allfällige Einschränkung der Funkti-

onsfähigkeit geht denn auch aus den im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte (AB 127) nicht hervor. Die bildgebenden Befunde zeigen derzeit allein eine partielle Ruptur (AB 127 S. 3 f.) und stimmen damit mit der Einschätzung der RAD-Ärztin überein.

In der Folge ist, soweit Befunde und Diagnose betreffend, ohne weiteres auf das MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 abzustellen. Rechtssprechungsgemäss ist das Fibromyalgie-Syndrom – analog zur somatoformen Schmerzstörung und im Sinne eines diagnostischen Gegenstücks in der Rheumatologie – als unklares Beschwerdebild zu qualifizieren (BGE 132 V 65, 139 V 346 E. 2 S. 346) mit der Folge, dass – wie bei sämtlichen psychischen Gesundheitsschäden – zur Beurteilung des invalidisierenden Charakters eine Indikatorenprüfung durchzuführen ist (vgl. E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. E. 2.2.3 hiervor). Dem psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Gutachter einen „etwas theatralischen Eindruck“ hinterliess, indem er sich im Gespräch manchmal die Hand vor die Augen hielt und angab, schwer traurig zu sein. Zudem hat die affektive Mitbeteiligung bei der Schilderung seiner verschiedenen strafrechtlichen und auch gesundheitlichen Probleme gefehlt. Der Beschwerdeführer zählte diese einfach auf und hat diesbezüglich nicht derart leidend oder schuldbewusst gewirkt, wie zu erwarten gewesen wäre (AB 91.5 S. 5). Gemäss Gutachter ist zudem nicht nachvollziehbar, weswegen sich der Beschwerdeführer derart in der Wohnung zurückzieht, möglicherweise besteht auch eine resignative Entwicklung, welche diese Motivationslosigkeit erklärt (AB 91.5 S. 8). Schliesslich wird auch in der gesamtgutachterlichen Beurteilung auf die nicht vorhandene Motivation des Beschwerdeführers, aktiv etwas gegen seine gesundheitlichen Probleme unternehmen zu wollen, hingewiesen (AB 91.1 S. 42). Demnach überwiegen die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig und die Grenzen eines bloss verdeutlichen-

den Verhaltens sind klar überschritten, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, womit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 2.2.3 hievor). Selbst wenn keine Ausschlussgründe vorlägen, könnte der Beschwerdeführer nichts zu seine Gunsten ableiten, denn auch die Indikatorenprüfung fällt eindeutig aus (vgl. E. 4.2 f. hiernach).

**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** Im Hinblick auf den Komplex Gesundheitsschädigung ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome zu nennen. Hierzu ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit eineinhalb Jahren über zunehmende generalisierte Muskelschmerzen klagt (AB 91.6 S. 5), wobei keine organischen Veränderungen objektiviert werden konnten (AB 91.6 S. 6). Gemäss den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters, kümmert sich der Beschwerdeführer praktisch um nichts und hat einen völlig unstrukturierten Tagesablauf (AB 91.5 S. 2 und 6). Sowohl aus den Schilderungen des Beschwerdeführers als auch aus der überzeugenden Einschätzung des psychiatrischen Gutachters geht jedoch hervor, dass diese Umstände nicht primär den Auswirkungen der Fibromyalgie, sondern der schwierigen und invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten psychosozialen Situation geschuldet sind. Der Beschwerdeführer kämpft mit einer hohen Verschuldung und strafrechtlichen Problemen, die ihm die Arbeit als ... verunmöglichen, sowie mit Problemen mit dem Sozialdienst (AB 91.5 S. 3 und 8). Dr. med. O. \_\_\_\_\_ führt denn auch aus, dass es nicht nachvollziehbar sei, weswegen sich der Beschwerdeführer derart in der eigenen Wohnung zurückzieht (AB 91.5 S. 8). In Würdigung dieser Umstände erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde somit als nicht ausgeprägt.

Was den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg und somit auch die Behandlungsresistenz betrifft, ist nicht von einem definitiven Scheitern sämtlicher medizinisch indizierter therapeutischer Massnahmen auszugehen. Gemäss eigenen Angaben steht der Beschwerdeführer zurzeit in einer ambulanten psychiatrischen Therapie mit einer monatlichen Sitzung (AB 91.5 S. 8). Aus den Akten geht weiter hervor, dass der Beschwerde-

fürer in der Vergangenheit die Psychotherapie wiederholt abgebrochen hat (AB 65 S. 3 Ziff. 1.5 und AB 56). Sodann brach er auch seinen Aufenthalt in der Klinik H. \_\_\_\_\_ vorzeitig ab, wo er sich zur psychosomatischen Rehabilitation befand (AB 63 S. 13). Aus orthopädischer Sicht ist zudem eine erhebliche medizinisch überwachte Gewichtsreduktion angezeigt (AB 91.6 S. 6), die der Beschwerdeführer bis heute nicht in Angriff genommen hat, obwohl – wie der psychiatrische Gutachter ausführt – beim Beschwerdeführer durchaus Ressourcen vorhanden sind (AB 91.5 S. 8). Nach dem Ausgeführten ist nicht von einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen.

Schliesslich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und der sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.), wobei Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGer 8C\_130/2016, E. 8.1). Hierbei fällt auf, dass weder die depressive Störung, welche aktuell remittiert ist, noch der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, der nicht bestätigt werden konnte (AB 110 S. 5 f.), ins Gewicht fallen. Dem Beschwerdeführer ist es weitgehend gelungen, sich den fremden kulturellen Gegebenheiten anzupassen. Zudem kümmert er sich nach wie vor selbst um seine Angelegenheiten und ist durchaus im Stande – wie das Vorbescheidverfahren gezeigt hat (AB 94 und 97) – das aktuelle Geschehen richtig zu erfassen und darauf zu reagieren. In somatischer Hinsicht geht insbesondere aus dem pneumologischen Teilgutachten hervor, dass auch hinsichtlich des schwergradigen obstruktiven Apnoe-Hypopnoe-Syndroms durch die erfolgte APAP-Anpassung mittels ResMed-S9-Gerät ein Therapieerfolg erzielt und die Tagesmüdigkeit vermindert werden konnte (AB 91.2 S. 5 f.). Des weiteren sind dem MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2015 (AB 91.1) im Bezug auf die weiteren somatischen Beschwerden keine Hinweise auf deren ressourcenhemmende Wirkung zu entnehmen.

**4.2.2** Hinsichtlich der Komplexe „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass narzisstische und

allenfalls auch querulatorische Züge vorliegen (AB 91.5 S. 8). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sowohl in der Lage war, sich den kulturellen Gepflogenheiten als auch den beruflichen Gegebenheiten anzupassen (AB 91.5 S. 4). So bemerkt auch Dr. med. O.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer affektiv nicht beeinträchtigt und gut schwingungsfähig ist sowie problemlos einen guten Kontakt aufnehmen kann (Ab 91.5 S. 8). Des weiteren ist es ihm auch gelungen eine langjährige Beziehung zu seiner Ehefrau aufrecht zu erhalten und geniesst trotz mehreren strafrechtlichen Verurteilungen und laufenden Strafverfahren den Rückhalt seiner Ehefrau (AB 91.5 S. 3). Zudem pflegt er regelmässigen Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie in ... (AB 91.5 S. 2). Somit stehen die Komplexe „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ einer Erwerbstätigkeit grundsätzlich nicht entgegen.

**4.3** Unter der Kategorie der „Konsistenz“ ist zunächst die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu beachten (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Der Beschwerdeführer geht seit fast zehn Jahren keiner Erwerbstätigkeit und keinem geregelten Tagesablauf mehr nach (AB 91.5 S. 2 und 6). Der soziale Rückzug und die Motivationslosigkeit können jedoch nicht durch die gesundheitliche Beeinträchtigung begründet werden. Vielmehr sind sie auf psychosoziale und soziokulturelle Faktoren – hohe Verschuldung, strafrechtliche Verfahren sowie Probleme mit dem Sozialdienst (AB 91.5 S. 3) – zurückzuführen, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGE 140 V 193, 130 V 352, Urteil des BGer vom 20. November 2017, 8C\_369/2017, E. 3.2 in fine).

Zur Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist auf die vorstehenden Ausführungen unter dem Titel „Behandlungs- und Eingliederungserfolg“ (E. 4.2.2 hiervor) zu verweisen. Es bleibt nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer keine indizierte intensive psychiatrische Behandlung und allenfalls eine Gewichtsreduktion in Angriff genommen hat. Daher fällt auch der Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausge-

wiesener Leidensdruck“ entscheidend zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus.

**4.4** Nach dem Dargelegten kommt der diagnostizierten Fibromyalgie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 91.1 S. 39) keine invalidisierende Wirkung zu. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2016 (AB 133) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

**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).

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Beschwerdebeilagen [BB] 3). Zudem kann das Verfahren als nicht von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivil-

prozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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