

200 16 1197 IV
KOJ/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Juni 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Winiger

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. November 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. Januar 1999 unter Hinweis auf mehrere bei einem Verkehrsunfall vom 14. April 1998 erlittenen Frakturen an beiden Beinen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 64). Gestützt auf die daraufhin durchgeführten erwerblichen und medizinischen Abklärungen sprach ihm die IVB mit Verfügung vom 7. Juli 2003 rückwirkend ab dem 1. April 1999 eine ganze Invalidenrente zu (act. II 28 S. 2). Mit Mitteilung vom 2. März 2009 (act. II 58) wurde die Rente revisionsweise bestätigt.

Im Rahmen einer im November 2010 eingeleiteten Revision von Amtes wegen gab der Versicherte an, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben (act. II 60). Nachdem die IVB medizinische Erhebungen vorgenommen und insbesondere einen Untersuchungsbericht bei Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 25. September 2012 (act. II 71) eingeholt hatte, verfügte sie am 4. März 2013 (act. II 79) die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine halbe Rente. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 84 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 29. Oktober 2013, IV/2013/261, ab und änderte die angefochtene Verfügung – nach vorgängigem Hinweis auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung (reformatio in peius) – insofern ab, als es die bisherige Rente bei einem Invaliditätsgrad von 35% per 30. April 2013 aufhob. Entsprechend diesem Entscheid verfügte die IVB am 12. November 2013 (Akten der IVB [act. IIA] 94) die rückwirkende Aufhebung der ganzen Rente. Hiergegen erhob der Versicherte am 21. November 2013 (act. IIA 97 S. 2) wiederum Beschwerde. Auf diese trat das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 2. Dezember 2013, IV/2013/1029, nur insofern ein, als es die Nichtigkeit der Verfügung vom 12. November 2013 feststellte.

Mit Entscheid des Bundesgerichts vom 7. März 2014, 8C_867/2013, wurde die Beschwerde gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2013 abgewiesen.

B.

Am 2. Juni 2014 (act. IIA 109) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. In der Folge nahm die IVB medizinische Abklärungen vor, wobei sie den Versicherten insbesondere durch Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begutachten liess (vgl. Expertise vom 10. August 2015, act. IIA 132.1). Mit Vorbescheid vom 21. August 2015 (act. IIA 133) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und legte zur Begründung dar, es liege keine objektiv wesentliche, andauernde Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung vom 12. November 2013 vor. Dem Versicherten sei aus medizinisch-theoretischer Sicht weiterhin eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15kg, ganztags ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Auf Einwand vom 23. September 2015 (act. IIA 136) hin holte die IVB weitere Arztberichte ein (act. IIA 140 S. 2; 143; 145) und beauftragte Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem psychiatrischen Gutachten (vgl. Expertise vom 15. Juli 2016, act. IIA 161.1). Mit weiterem Vorbescheid vom 10. August 2016 (act. IIA 163) hielt sie an ihrer Beurteilung vom 21. August 2015 fest und stellte wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 7. September 2016 erneut Einwand (act. IIA 166). Nach einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 1. November 2016 (act. IIA 171 S. 3) verfügte die IVB am 3. November 2016 (act. IIA 172) wie im Vorbescheid vom 10. August 2016 in Aussicht gestellt.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher und Notar B._____, mit Eingabe vom 5. Dezember 2016 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 3. November 2016 und die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab Juli 2014. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Entscheidung nach Einholung einer polydisziplinären Begutachtung zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Einreichung der Kostennote am 12. Januar 2017 nahm der Beschwerdeführer unaufgefordert zur Beschwerdeantwort Stellung. Am 25. resp. 26. Januar 2017, am 13. März 2017 und am 20. April 2017 reichte er zudem weitere Arztberichte zu den Akten (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7 ff.).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 3. November 2016 (act. IIA 172). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv

bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist.

2.2.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen)

andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294).

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 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).

2.5 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).

2.6 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat dem-

nach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 2. Juni 2014 (act. IIA 109) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht mehr zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Die letzte materielle Rentenprüfung fand im Jahre 2013 statt. Dass dabei auf einen orthopädischen Bericht aus dem Jahre 2001 abgestellt wurde, spielt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 10) – keine Rolle (VGE IV/2013/261, E. 3.6). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 4. März 2013 (act. II 79), welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2013, IV/2013/261, insofern abgeändert wurde, als die bisherige ganze Rente per Ende April 2013 aufgehoben wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 3. November 2016 (act. IIA 172) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiavor). Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. November 2013 (act. IIA 94) wurde

vom Verwaltungsgericht mit Entscheid vom 2. Dezember 2013, IV/2013/1029, als nichtig erklärt, entfaltete somit keine Rechtswirkung und ist vorliegend nicht zu berücksichtigen.

3.2 Die Verfügung vom 4. März 2013 resp. das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2013 basierten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Verlaufsbericht der Klinik F. _____ vom 3. Dezember 2001 (act. II 17 S. 5) und der psychiatrischen Untersuchung von Dr. med. C. _____ vom 25. September 2012 (act. II 70 f.).

3.2.1 Im Bericht vom 3. Dezember 2001 (act. II 17 S. 5) diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Klinik F. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine drittgradig offene Femurfraktur links, eine zweitgradig offene Tibiatrümmerfraktur links, eine Mehretagenfraktur Unterschenkel rechts sowie Pilon tibiale rechts, eine narbige Retraktion des Flexor hallucis longus bzw. Flexor digitorum longus mit Tenolyse derselben, eine MRSA positive Osteomyelitis Tibia rechts mit Metallentfernung, Débridement und unter Antibiose Abheilung sowie eine Rezidiv-Kontraktur FHL und FDL II Fuss links mit Tenotomie am 5. Dezember 2000 (S. 5). Die genannten Frakturen seien unter beherrschbaren Komplikationen bis zum 15. Januar 2001 vollumfänglich ausgeheilt (S. 6 Ziff. 3). Bei belastenden Tätigkeiten bzw. bei Arbeiten, bei denen der Patient über 50% auf seinen Beinen stehen müsse, sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt (S. 7 Ziff. 3). In einer angepassten Tätigkeit mit überwiegend sitzender Arbeit aber auch Intervallen leichter Belastung sei er zu 100% arbeitsfähig (S. 6 Ziff. 7).

3.2.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 25. September 2012 (act. II 71) eine Persönlichkeitsveränderung infolge Einbusse der körperlichen Integrität nach nicht selbstverschuldetem Unfall (ICD-10 F62.8; S. 8). Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit leichten bis mittleren Grades eingeschränkt. Eine einfache, serielle Tätigkeit könne der Versicherte grundsätzlich in einem Pensum zwischen 50% und 70% ausüben (S. 9).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 3. November 2016 (act. IIA 172) liegen im Wesentlichen folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Am 27. Mai 2015 wurde der Beschwerdeführer orthopädisch untersucht. Im Gutachten vom 10. August 2015 (act. IIA 132.1) führte Dr. med. D. _____ die folgenden Diagnosen auf (S. 18):

1. orthopädisch-traumatologisch
 - Unfall am 14. April 1998 mit/bei:
 - drittgradig offene Femurfraktur links
 - zweitgradig offene Tibiarrümmmerfraktur links
 - Mehretagenfraktur Unterschenkel rechts
 - Pilon tibiale Fraktur rechts
 - Status nach multiplen Operationen mit/bei:
 - repetitiven Komplikationen
 - Konsolidation aller Frakturen ausser
 - persistierende Pseudarthrose an der Fibula links distal
2. orthopädisch
 - intermittierende lumbo-ischalgiforme Schmerzen mit/bei:
 - Diskopathie L4/5 und möglicher Wurzelreizung L5 links
3. nicht orthopädisch
 - Chronifizierung
 - Status nach Nierenerkrankung mit/bei:
 - Operation in der ... 1986
 - Nierenentfernung in der Schweiz 1987

Die allgemeine und „spezielle“ Schmerzproblematik habe (im Rahmen des Chronifizierungsprozesses) subjektiv ständig zugenommen, wobei sich weder das geklagte Schmerzbild noch die angegebene Intensität der Schmerzen mit klinischen und/oder radiologischen Befunden am Bewegungsapparat hinreichend oder umfassend erklären lasse. Ausser der Pseudarthrose an der linken Fibula seien am Bewegungsapparat alle unfallbedingten Verletzungen ausgeheilt (S. 20 lit. A und B Ziff. 1). Der Explo-rand könne ganztags einer leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit nachgehen und erbringe dabei eine uneingeschränkte Leistung. Zu vermeiden seien, aufgrund des Bewegungsapparates, Arbeiten mit repetitivem Heben und Tragen von Lasten über 10 bis 15kg (vereinzelt pro Tag zumut-bar), ausschliesslich stehende Arbeiten oder Tätigkeiten in länger notwen-dig vorgeneigter Haltung (S. 21 f. Ziff. 3). Gemäss Aktenlage liege seit al-lerspätestens 2002 keine „medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr“ vor. Dass nach den jeweiligen Eingriffen kurzzeitig (befristete Zeiträume) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit oder eine reduzierte Arbeitsfähigkeit bestanden habe, ändere daran nichts (S. 22 Ziff. 6).

3.3.2 Mit Bericht vom 17. September 2015 (act. IIA 136 S. 10) nahm Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, insbesondere zum Gutachten von Dr. med. D._____ Stellung und führte aus, die orthopädische Exploration enthalte zum Teil falsche Einschätzungen und sei unvollständig sowie nicht nachvollziehbar. Wesentliche objektive Befunde seien in der Beurteilung nicht aufgenommen worden (S. 12). Aktuell müssten die Probleme an der LWS, des linken Knie- und Sprunggelenkes sowie die Pseudarthrose des linken Wadenbeines behandelt werden. Ein Abschluss der Behandlung sei noch nicht absehbar (S. 10). Aus orthopädischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit (... und ...; vgl. act. IIA 132.1 S. 10) eine 100%ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 12).

3.3.3 Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Oktober 2015 (act. IIA 140 S. 2) einen Status nach schwerer Anpassungsstörung mit konsekutiv schwer beeinflussbarer depressiver Entwicklung (episodisch mit Angst- und Panikattacken [differentialdiagnostisch Belastungsstörung] ICD-10 F43.2 [ICD-10 F43.1]), deutliche Anteile einer Persönlichkeitsstörung nach Extremlastung (ICD-10 F62.0) und eine Somatisierungstendenz (S. 2 Ziff. 1.1). Aus psychiatrischer Sicht habe sich seit der Erteilung bzw. Zusprechung der Rente praktisch gar nichts verändert (S. 4 Ziff. 1.7). Der Patient sei wieder in die Sprechstunde gekommen, nachdem ihm aus unerklärlichen Gründen die Rente abgesprochen worden sei (9 Jahre Unterbruch; S. 3 Ziff. 1.4).

3.3.4 Der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in der Stellungnahme vom 11. November 2015 (act. IIA 143) dar, aus dem Bericht von Dr. med. G._____ ergäben sich keine neuen medizinischen Fakten oder Befunde, die in der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten berücksichtigt werden müssten. Die Einschätzung von Dr. med. G._____ stütze sich auf radiologische Befunde ohne klinisches Korrelat; entsprechend lasse sich die von ihm postulierte Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht begründen (S. 3). Die Expertise von Dr. med. D._____ entspreche den gutachterlichen Anforderungen, sei umfassend bezüglich

Anamnese und erhobener Befunde und medizinisch nachvollziehbar begründet. Auf das Gutachten könne uneingeschränkt abgestellt werden (S. 2).

3.3.5 Am 30. März 2016 (act. IIA 158 S. 2) diagnostizierte Dr. med. G._____ eine posttraumatische, mediale und retropatellare Gonarthrose links und eine verzögerte Frakturheilung linke distale Fibula nach Osteotomie vom 30. September 2014. Es bestehe eine zunehmende mediale und retropatellare Arthrose des linken Knies. Durch die Kombination der Knorpelläsionen sei aktuell eine operative Versorgung kritisch zu sehen und der Verlauf bei Weiterführung der Physiotherapie abzuwarten. Bei anhaltenden Problemen am linken oberen Sprunggelenk (OSG) sei die Entfernung der Platte am linken Aussenknöchel im Herbst 2016 vorzunehmen. Weiterhin attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Juli 2016 (act. IIA 161.1) nannte Dr. med. E._____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, impulsiven, narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) auf. Der Explorand habe während der Untersuchung durchgehend seine körperlichen Beschwerden mit anhaltenden Schmerzen und Beeinträchtigungen sowie seine hierdurch vermeintlich bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit beklagt. Zudem habe er sich permanent über die Aberkennung seiner Invalidenrente seit dem Jahre 2013 beschwert und seinem Unverständnis und seiner Wut hierüber mit einer teils recht derben und vulgären Wortwahl Ausdruck gegeben. Das aktuelle psychische Zustandsbild des Versicherten werde somit ganz entscheidend geprägt von seinen durchgehend vehement und sehr demonstrativ vorgebrachten Klagen über seine diversen Schmerzen und Beeinträchtigungen. In Anbetracht dieses klinischen Bildes biete der Explorand zweifelsohne das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (S. 22 f. Ziff. 5.2). Durch die Schmerzstörung lägen gewisse Einschränkungen vor. Darüber hinaus bestehe jedoch auch seit jeher eine deutliche Aggravationstendenz mit hohem Leistungsbegehren und dem grossen Wunsch nach Anerkennung des bisherigen Leidens und der Le-

bensleistung überhaupt. Zudem trügen krankheitsfremde Faktoren wie geringe Aussichten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, jahrelange Abwesenheit aus dem Arbeitsprozess, fehlende Ausbildung etc. massgeblich zur Entwicklung und Chronifizierung der Schmerzstörung bei. Auch die kulturell mitbedingte, maximale Fixierung auf die Familie und eine weitgehende Entpflichtung hätten mittlerweile zu einer starken Dekonditionierung und Regression geführt (S. 43 Ziff. 3). Das Zustandsbild des Versicherten habe sich seit der zunächst erfolgten Rentenzusprache im Jahre 2003 nicht verändert. Die Zunahme des Rentenbegehrens sowie der Klagen über die Beeinträchtigungen und Zukunftsängste etc. nach Einstellung der Invalidenrente seit 2013 sei sicherlich nicht als krankheitsimmanente Verschlechterung zu werten (S. 41). Die psychische Symptomatik reiche alleine nicht aus, um hierdurch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Der Versicherte verfüge durchaus über Ressourcen, es beständen diverse Inkohärenzen in seinen bisherigen Klagen sowie dem bisherigen Therapieverlauf und zudem spielten das alles dominierende Rentenbegehren mit einer unübersehbaren Aggravationstendenz eine grosse Rolle (S. 42). Die bisherige Tätigkeit als ... sei dem Versicherten zu mindestens 5 Stunden (2 x 2.5 Stunden mit Pause) täglich zumutbar, wobei eine Leistungsminderung von 10% bis maximal 20% anzuerkennen sei. Eine optimal an die körperlichen Beeinträchtigungen angepasste, einfache und gut strukturierte Tätigkeit in ruhigem Umfeld, ohne hohe Anforderungen an die Sozialkompetenzen und die intellektuellen Fähigkeiten sei zu täglich 6 Stunden (2 x 3 Stunden mit Pause) zumutbar, wobei eine Leistungsminderung von maximal 10% zu berücksichtigen sei (S. 50 Ziff. 1 f.).

3.3.7 Dr. med. G. _____ gab im Konsultationsbericht vom 26. August 2016 (act. IIA 166 S. 12) an, die Physiotherapie sei fortzusetzen und bei Bedarf sei Dafalgan und lokal Voltaren Salbe zu verwenden. Bei anhaltenden Problemen des linken Kniegelenkes bestehe die Indikation zur endoprothetischen Versorgung nach Materialentfernung an der Fibula. Im Weiteren bestätigte er die bisherige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.8 In der Stellungnahme vom 1. November 2016 (act. IIA 171 S. 3) legte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ dar, auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ könne weiterhin vollumfänglich abgestellt werden. Allfällige Operationen zur Verbesserung der Lebensqualität seien dem Versi-

cherten im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar. Bei den geplanten Eingriffen (Plattenentfernung an der distalen Fibula und prothetische Versorgung des linken Kniegelenkes) handle es sich um Routineoperationen.

3.4 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).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 3. November 2016 (act. IIA 172) massgeblich auf die Gutachten der Dres. med. D. _____ vom 10. August 2015 (act. IIA 132.1) und E. _____ vom 15. Juli 2016 (act. IIA 161.1) gestützt. Die Expertisen der beiden Fachärzte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztli-

chen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf die Expertisen der Dres. med. D._____ und E._____ ist somit abzustellen.

3.5.2 Hinsichtlich der aus revisionsrechtlicher Sicht zu prüfenden Frage, ob seit der Verfügung vom 4. März 2013 (act. II 79) eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, hat der Orthopäde Dr. med. D._____ überzeugend und einlässlich dargelegt, dass seit allerspätestens 2002 keine „medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr“ besteht und dem Beschwerdeführer nach wie vor eine angepasste leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung zumutbar ist (act. IIA 132.1 S. 21 f. Ziff. 3 und 6). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und nachvollziehbar, sondern wird auch durch die Ausführungen von Dr. med. I._____ vom 11. November 2015 (act. IIA 143 S. 2 f.) und vom 1. November 2016 (act. IIA 171 S. 3) gestützt. Hieran vermögen die im Verwaltungsverfahren zu den Akten genommenen Berichte von Dr. med. G._____ vom 17. September 2015, 30. März 2016 und vom 26. August 2016 (act. IIA 136 S. 10; 158 S. 2; 166 S. 12) nichts zu ändern. Wie Dr. med. I._____ in der Stellungnahme vom 11. November 2015 differenziert ausgeführt hat (act. IIA 143 2 f.), stützte sich Dr. med. G._____ insbesondere im Bericht vom 17. September 2015 (act. IIA 136 S. 10) einzig auf radiologische Befunde ohne klinisches Korrelat. Zudem überzeugt die von Dr. med. G._____ postulierte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100% resp. in einer angepassten Arbeit von 50% nicht (act. IIA 136 S. 12), hat er diese doch in keinem Bericht medizinisch näher begründet. Hinzu kommt, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Auch die vom

Beschwerdeführer veranlasste und im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 13. November 2016 (act. I 3) kann die gutachterlichen Schlüsse nicht in Frage stellen. Dr. med. G. _____ führte dabei aus, die attestierte Arbeitsunfähigkeit bestehe wegen der Leistungsminderungen der LWS, des linken Kniegelenkes und beider Sprunggelenke. Inwieweit der Beschwerdeführer dadurch in der Ausübung leichter Tätigkeiten eingeschränkt sein soll, ist jedoch nicht ersichtlich und blieb unbegründet. Vielmehr ist diesbezüglich auf die Angaben von Dr. med. D. _____ abzustellen, gemäss welchen weder die lumbale Pathologie noch die nachgewiesene Pseudarthrose an der Fibula links – einzeln oder im Gesamtzusammenhang – eine Arbeitsunfähigkeit in einem leidensangepassten Tätigkeitsfeld zu begründen vermögen (act. IIA 132.1 S. 20 lit. A). Diese Beurteilung korreliert denn auch mit dem angegebenen Zumutbarkeitsprofil, wonach leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten, bei welchen Arbeiten mit repetitivem Heben und Tragen von Lasten über 10 bis 15kg, ausschliesslich stehende Tätigkeiten und Arbeiten in länger notwendig vorgeneigter Haltung vermieden werden, ganztags und ohne Leistungseinschränkung zumutbar sind (act. IIA 132.1 S. 21 f. Ziff. 3). Entgegen der Auffassung von Dr. med. G. _____ (vgl. act. IIA 158 S. 2; 166 S. 12 und act. I 3 S. 2) vermögen zudem die seit der Verfügung vom 4. März 2013 erfolgten operativen Eingriffe keine langandauernde Veränderung des Gesundheitszustandes zu begründen, bestand doch nach den jeweiligen Eingriffen nur kurzzeitig eine Arbeitsunfähigkeit, worauf Dr. med. D. _____ explizit hinwies (act. IIA 132.1 S. 22 Ziff. 6). Dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 1. November 2016 (act. IIA 171 S. 3) ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Auf die Einschätzungen von Dr. med. G. _____ ist somit nicht abzustellen.

Soweit der Beschwerdeführer mit den im Beschwerdeverfahren eingereichten Eingaben vom 25. Januar 2017 und vom 20. April 2017 auf einen Ermüdungsbruch der distalen Fibula hinweist, welcher im März 2017 operativ behandelt werden musste, und damit implizit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht, kann er daraus im vorliegenden Verfahren nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die mitgeteilten Ereignisse betreffen einen nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Sachverhalt und sind aufgrund des zeitlichen Überprüfungshorizontes des

Gerichts vorliegend nicht zu berücksichtigen (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). In somatischer Hinsicht ist demnach kein Revisionsgrund erstellt.

3.5.3 Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. med. C._____ im Bericht vom 25. September 2012 (act. II 71) eine Persönlichkeitsveränderung infolge Einbusse der körperlichen Integrität nach nicht selbstverschuldetem Unfall (ICD-10 F62.8), welche aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht mit Entscheid des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2013, IV/2013/261, E. 3.5.4, als nicht invalidisierend beurteilt wurde. Im beweiskräftigen Gutachten vom 15. Juli 2016 diagnostizierte der Psychiater Dr. med. E._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und gab an, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen akzentuierte, emotional unreife, impulsive, narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) vor (act. IIA 161.1 S. 20 Ziff. 4). Im Weiteren legte er differenziert und überzeugend dar, dass sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers seit der zunächst erfolgten Rentenzusprache im Jahre 2003 nicht verändert hat und die Zunahme des Rentenbegehrens sowie der Klagen über die Beeinträchtigungen und Zukunftsängste etc. nicht als krankheitsimmanente Verschlechterung zu werten ist. Diese Beurteilung steht im Einklang mit den Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. H._____, welcher im Verlaufsbericht vom 27. Oktober 2015 ebenfalls vermerkte, seit der Erteilung bzw. Zusprechung der Rente habe sich aus psychiatrischer Sicht praktisch gar nichts verändert (act. IIA 140 S. 4 Ziff. 1.7). Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen nicht vor und werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Hinzu kommt, dass Dr. med. E._____ im Gutachten vom 15. Juli 2016 mehrmals auf erhebliche Aggravationstendenzen sowie Inkonsistenzen hingewiesen hat (vgl. u.a. act. IIA 161.1 S. 37 Ziff. 5.5, S. 38 f. Ziff. 5.6.2, S. 40 Ziff. 5.6.5, S. 41 Ziff. 5.7, S. 43 Ziff. 3). Damit liegt gemäss der aktuellen Rechtsprechung ein Ausschlussgrund vor, womit ein invalidisierender Charakter der somatoformen Schmerzstörung ohnehin entfällt (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Eine relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes ist demzufolge nicht erstellt.

3.5.4 Aus dem Dargelegten folgt, dass sich die gesundheitliche Situation nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) seit März 2013 bis zur angefochtenen Verfügung vom 3. November 2016 (act. IIA 172) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht dauerhaft und somit rentenrelevant verschlechtert hat. Ein medizinischer Revisionsgrund ist folglich nicht ausgewiesen. Der Sachverhalt ist gestützt auf die schlüssigen und beweiskräftigen Gutachten der Dres. med. D._____ und E._____ rechtsgenüglich abgeklärt. Entgegen dem Antrag in der Beschwerde kann auf weitere Beweiserhebungen verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Weil in erwerblicher Hinsicht eine Veränderung weder ersichtlich ist noch geltend gemacht wird, fehlt es auch diesbezüglich an einem Revisionsgrund. Bei dieser Ausgangslage ist keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen (vgl. E. 2.6 hiervor); obsolet ist insbesondere die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine revisionsrelevante Veränderung verneint und das Rentenbegehren abgewiesen hat.

3.6 Nach dem Ausgeführten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 3. November 2016 (act. IIA 172) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingaben des Beschwerdeführers vom 13. März 2017 und 20. April 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.