

200 16 223 IV  
KOJ/IMD/CES

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Dezember 2016**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Januar 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 1994 erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 94 ff.). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) das Leistungsgesuch nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 1.1 S. 41 f.) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 25. April 1995 (AB 1.1 S. 37 f.) ab.

Im April 1999 ersuchte der Versicherte die IVB erneut um Leistungen (AB 1.1 S. 30 ff.). Die IVB sprach ihm in der Folge diverse berufliche Eingliederungsmassnahmen zu (AB 14, 17, 37 und 48) und verneinte mit Verfügung vom 26. Mai 2005 (AB 59) einen Rentenanspruch.

Mit Gesuch vom 18. Dezember 2006 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 68). Diese klärte in der Folge die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab, insbesondere veranlasste sie eine interdisziplinäre Abklärung durch die MEDAS (Gutachten vom 18. Juni 2008 [AB 91]). Mit Verfügung vom 25. November 2008 (AB 102) verneinte sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 95, 98) einen Rentenanspruch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 7 %. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 103) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 24. Juni 2009, IV/2009/28, ab (AB 107).

### **B.**

Der Versicherte stellte im April 2010 erneut ein Leistungsgesuch (AB 111), welches die IVB nach Einholen diverser medizinischer Unterlagen mit Verfügung vom 27. Mai 2011 mangels Verschlechterung des Gesundheitszustandes abwies (AB 142).

Im Oktober 2013 erfolgte die nächste Anmeldung zum Leistungsbezug (AB 152). Mit Verfügung vom 4. März 2014 (AB 160) trat die IVB auf das Gesuch mit der Begründung nicht ein, eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen sei nicht glaubhaft gemacht worden.

### **C.**

Mit Gesuch vom 17. August 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung wiederum bei der IVB an (AB 164). Diese nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor und unterbreitete die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (AB 175). Gestützt auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 9. November 2015 (AB 177), wonach seit der MEDAS-Begutachtung von 2008 keine länger-dauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. November 2015 (AB 178) die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 182, 184) verfügte die IVB am 13. Januar 2016 (AB 185) wie angekündigt.

### **D.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, lic. iur. C.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 15. Februar 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 13. Januar 2016 sei aufzuheben, es sei die Arbeitsfähigkeit medizinisch näher abzuklären und sodann sei erneut über den Rentenanspruch zu befinden. Des Weiteren ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten.

Mit Eingaben vom 25. Februar 2016 und 2. März 2016 reichte der Beschwerdeführer medizinische Unterlagen zu den Akten, welche der Beschwerdegegnerin zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort gestellt wurden.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. März 2016 unter Beilage einer RAD-Stellungnahme die Abweisung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter hiess mit Verfügung vom 21. März 2016 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten gut.

Mit Replik vom 27. Juni 2016 bzw. Duplik vom 8. August 2016 hielten die Parteien an den bisherigen Anträgen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 13. Januar 2016 (AB 185). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

schaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** 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**

**2.6.1** 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).

**2.6.2** Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**2.7** 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).

**2.8** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die 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).

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 Beur-

teilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom August 2015 eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2016 (AB 185) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 25. November 2008 (AB 102) und der Verfügung vom 13. Januar 2016 (AB 185) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Die Verfügungen vom 27. Mai 2011 (AB 142) und 4. März 2014 (AB 160) sind diesbezüglich unbeachtlich, lag diesen doch keine umfassende Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zu Grunde, insbesondere fehlen jegliche Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (vgl. E. 2.8 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 25. November 2008 (AB 102) basierte in medizinischer Hinsicht insbesondere auf dem MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2008 (AB 91), welchem voller Beweiswert zukommt (vgl. VGE IV/09/28, E. 4.3). Dem Gutachten sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (S. 31 Ziff. 6):

- Gonarthrose links bei Status nach multiplen Voroperationen, u.a. einer valgusierenden Tibiakopffosteotomie 2002 (ICD-10: M17.9);
- chronisches statisch-mechanisches Lumbovertebralsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen an der LWS (Spondylarthrosen L3-S1, Osteochondrosen und geringfügige mediane Diskusprotrusion L2/3 ohne radikuläre Ausfälle [ICD-10: M54.5]);
- koronare 1-Gefässerkrankung mit echokardiographisch erhaltener systolischer Globalfunktion (EF knapp 65%) bei infero-posteriorer Hypobis Akinesie, Status nach subakutem inferiorem Myokardinfarkt am 30. April 2004, Status nach PTCA/Stenting bei Verschluss der proximalen RCA, Status nach akutem Koronarsyndrom am 1. August 2007 bei Instent-Restenose, Re-PTCA mit gutem Resultat: EF invasiv 50 % (ICD-10: I25.9);

- zervikales Schmerzsyndrom mit geringfügigen klinischen Beeinträchtigungen, bei radiologisch aber fortgeschrittenen degenerativen mehrtagigen Veränderungen (Osteochondrosen und knöcherne Foramenverengungen in den Segmenten C4/5 bis C6/7), abgeklungenes radikuläres Reizsyndrom C6 oder C7 rechts 2005 (ICD-10: M53.1);
- leichtes subakromiales Impingement-Syndrom rechts, Status nach Acromioplastik 29. April 2008 (ICD-10: M75.1).

Aufgrund der Beeinträchtigungen im orthopädischen Bereich seien die angestammte Tätigkeit als ... sowie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines ... dauerhaft nicht mehr zumutbar (S. 30 Ziff. 4). Unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen blieben folgende Funktionen und Belastbarkeiten für eine berufliche Tätigkeit: Der Versicherte könnte eine Reihe leichter körperlicher wechselbelastender Tätigkeiten und sitzende, administrative Tätigkeiten mit vollem zeitlichen Tagespensum an fünf Tagen der Woche ausüben. Innerhalb dieses zumutbaren Arbeitszeitrahmens sei von keiner Verminderung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Hinsichtlich der bei sitzenden Tätigkeiten geltend gemachten Nackenschmerzen wäre eine adäquate medikamentöse und physiotherapeutische Schmerztherapie aus medizinischer Sicht zumutbar. Zu vermeiden seien ausschliesslich stehende Tätigkeiten, ohne die Möglichkeit der Wechselbelastung (Sitzen, Gehen), die häufige Einnahme von Zwangshaltungen des Nackens bzw. Kopfes (z.B. bei Kleinmontage, etwa in der Uhrenindustrie), Arbeiten in kniender Position, repetitives Auf- und Abgehen von Treppen, Klettern auf Leitern, längeres Gehen, v.a. auf unebenem Gelände, sowie das Heben und Tragen von Lasten über 15 – 20 kg (S. 31 Ziff. 14).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 25. November 2008 (AB 102) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Aus dem Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2013 (AB 165 S. 14 ff.) geht hervor, dass am 4. Dezember 2013 eine Knie-Totalprothesenimplantation links vorgenommen wurde. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich ohne Schwierigkeiten gestaltet, die Wundheilung sei regelgerecht verlaufen bei stets intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität der unteren Extremität. In der postoperativen Röntgenkontrolle habe sich eine korrekte Stellung der Prothesenkomponenten gefunden.

Dem Verlaufsbericht vom 1. Mai 2014 (AB 165 S. 13) ist zu entnehmen, dass weiterhin eine beeinträchtigte Funktion des implantierten Kniegelenks vorliege, welche den Patienten leichtgradig störe. Aufgrund der radiologischen Beurteilung bestehe kein dringender Verdacht auf eine vorzeitige Lockerung oder einen Low-grade-Infekt.

Im Bericht vom 24. Februar 2015 (AB 165 S. 6 f.) wurde festgehalten, der Patient berichte über eine belastungsabhängige Beschwerdesituation, die ihn deutlich einschränke. Von Seiten der radiologischen Diagnostik bestehe kein Hinweis auf eine Lockerung, dies habe im Rahmen der Szintigrafie bestätigt werden können. Damals habe sich der Verdacht auf eine Arthritis gezeigt, differentialdiagnostisch sei an ein Hyperpressions-Syndrom der Patella zu denken. Konventionell radiologisch sei die patelläre Führung jedoch intakt und auch die degenerativen Schäden seien nicht fortschreitend.

**3.3.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, führte im Bericht vom 3. Oktober 2014 (AB 167) aus, klinisch und sonografisch könne ein Kniegelenkserguss links bestätigt werden. In der Punktion habe sich ein nicht entzündlicher Gelenkserguss gezeigt, ein mikrobiologischer Erregernachweis oder ein Kristallnachweis gelinge nicht. Zusätzlich bestünden beim Patienten ein zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei ausgeprägten myofascialen Befunden der Nacken-/Schultermuskulatur sowie der Hüft-/Oberschenkelmuskulatur. Dies bei ausgeprägter Rumpfstabilität mit Haltungsinsuffizienz sowie muskulärer Dekonditionierung und Verkürzung insbesondere der Oberschenkelmuskulatur. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik, für eine ossäre Instabilität oder aber für eine ISG-/Facettengelenksaffektion hätten sich trotz MR-tomographisch bekannten multisegmentalen degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen nicht festhalten lassen. Aus rheumatologischer Sicht sei der Patient für eine körperlich schwere bis mittelschwere berufliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

**3.3.3** Aus dem Bericht vom 9. Dezember 2014 (AB 169) von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH und Pneumologie FMH, geht hervor, die Lungenfunktionsprüfung zeige gegenüber der Messung vor einem Jahr praktisch konstante Werte mit nun eher sogar etwas höherer

Totalkapazität und formal noch knapp normalen Werten bis allenfalls grenzwertiger rein restriktiver Ventilationsstörung. Die CO-Diffusion sei normal gewesen, es fänden sich damit pulmonal keine erheblichen Einschränkungen, welche die Leistungseinbusse erklärten. Die nächtliche Hypoxämie lasse sich mit Sauerstoff problemlos korrigieren.

**3.3.4** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH und Tropen- und Reisemedizin FMH, hielt im Bericht vom 8. August 2015 (AB 164 S. 10 ff.) fest, es zeige sich weiterhin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es bestehe ein chronifiziertes therapieresistentes Schmerzsyndrom bei vorwiegend mechanisch bedingten chronischen Schmerzen einerseits im Knie-, Wirbelsäulen- und Schulterbereich. Seit 2006 bis 2014 hätten bereits diverse Facettengelenksinfiltrationen und foraminale Infiltrationen cervical und lumbal stattgefunden. Im August werde eine Knie-TP rechts vorgenommen bei fortgeschrittener Gonarthrose und therapieresistenten Schmerzen. Daneben leide der Patient unter einem schweren metabolischen Syndrom. Es zeige sich eine deutliche Einschränkung aufgrund des polymorbiden Zustands mit insulinbedürftigem Diabetes, Adipositas, kardialen und pulmonalen Einschränkungen. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig in einer körperlichen Tätigkeit oder zumindest zu 50 % in angepasster administrativer Tätigkeit.

**3.3.5** Laut Bericht des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 2. September 2015 (AB 174 S. 4 ff.) wurde am 27. August 2015 eine Knie-Totalprothesenimplantation sowie ein Patella-Unterflächen-Ersatz rechts vorgenommen. Der Verlauf sei peri- und postoperativ komplikationslos gewesen. Die Röntgenkontrolle habe eine regelrechte Prothesenstellung bei intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität der unteren Extremität beidseits gezeigt.

**3.3.6** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 3. September 2015 (AB 172) eine seit ca. 1999 bestehende Dysthymia (ICD-10: F34.1) und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6). Der Patient zeige eine bewegungsarme Gestik und Mimik. Er sei verlangsamt in Bewegungs- und Gedankenablauf und wirke resigniert und sozial zurückgezogen. Der Gedankengang sei eingengt auf Belastungssituationen im Alltag. Die Prognose sei bezüglich Arbeitsfähigkeit ungünstig.

**3.3.7** Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 9. November 2015 (AB 177) fest, für die postoperative Erholungsphase nach den Knie-Totalprothesenimplantationen vom 4. Dezember 2013 und vom 27. August 2015 sei jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten von maximal drei Monaten anzunehmen. Bezüglich der Hals- und Lendenwirbelsäule, der Schultern und des Herzens sei keine gesundheitliche Verschlechterung mit bleibender zusätzlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Dasselbe gelte bezüglich des Bluthochdrucks, des Diabetes mellitus und der erhöhten Blutfette. Diese seien medikamentös gut behandelbar und hätten bisher zu keinen relevanten Organschäden geführt. Somit ergebe sich aus diesen kardiovaskulären Risikofaktoren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch die nächtliche Hypoxämie bei habituellem Schnarchen sei gut behandelbar und somit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die nach wie vor erhöhten Leberwerte ohne nachgewiesene relevante Lebererkrankung stellten keinen Zustand mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar. Die psychosoziale Belastungssituation und die angespannten wirtschaftlichen Verhältnisse bereiteten dem Versicherten verständlicherweise Sorgen. Aus der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten Dysthymia sei keine andauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzuleiten. Diese Diagnose sei bereits vor der MEDAS-Begutachtung von 2008 gestellt worden. Zusammengefasst ergebe sich, dass im Vergleich zur Referenzsachlage keine objektiv belegte Verschlechterung des Gesundheitsschadens mit einer länger als drei Monate dauernden Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei.

**3.4** Gestützt auf den Bericht des RAD-Arztes wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (AB 185) unter Verneinung einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab. Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, es liege eine radikuläre Symptomatik in der Halswirbelsäule vor, welche ihn mit den damit zusammenhängenden Schmerzen mindestens zu 30 % in der Arbeitsfähigkeit einschränke. Zudem bestehe aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Beschwerde S. 3 f.).

**3.4.1** Bezüglich der somatischen Beschwerden verweist der Beschwerdeführer auf die "Ärztliche Bescheinigung" von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie FMH, vom 29. Februar 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 4), wonach sich in den letzten Monaten bis Jahren eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes eingestellt habe. Einerseits habe sich in den letzten zwei bis drei Jahren eine deutliche radikuläre Symptomatik im Bereich rechtsseitig zervikal der Segmente C5/6 und 7 ausgebildet, wobei hier eine Foramenstenose C6/7, teilweise auch C4/5, sowie eine Protrusion im Segment C6/7 mit Irritation der Wurzel C7 rechtsseitig gefunden worden sei. Des Weiteren habe sich eine deutliche Impingement-Symptomatik der rechten Schulter, teilweise auch linksseitig, gezeigt, die auch hier zu einer weiteren Einschränkung der Leistungsfähigkeit geführt habe. Ausserdem habe der Patient im November 2015 eine Knie-TP erhalten, womit auch hier eine Einschränkung bestehe, welche sich auf seine Leistungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Ausübung eines handwerklichen Berufs, insbesondere als ..., auswirke.

Hierzu ist festzustellen, dass sowohl die degenerativen Veränderungen in der Halswirbelsäule als auch die Impingement-Symptomatik bereits im MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2008 (AB 91) diskutiert wurden und im Rahmen des definierten Zumutbarkeitsprofils Berücksichtigung fanden. Wie der RAD-Arzt zu Recht ausgeführt hat, finden sich in den Akten keine Hinweise auf eine diesbezügliche Verschlechterung. Insbesondere kann sich Dr. med. M.\_\_\_\_\_ für die geltend gemachte radikuläre Symptomatik auf keine entsprechende fachärztliche Aussage stützen. Was den Einsatz der Knie-Totalprothese betrifft, hat Dr. med. D.\_\_\_\_\_ dazu nachvollziehbar begründet, dass sich daraus keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ergibt. Soweit der behandelnde Arzt daraus eine – in der Höhe nicht näher definierte –Einschränkung in der Ausübung eines handwerklichen Berufes ableitet, ist darauf hinzuweisen, dass bereits die MEDAS-Gutachter eine entsprechende Tätigkeit als dauerhaft unzumutbar beurteilt haben (AB 91 S. 30 Ziff. 4), was denn auch unbestritten ist. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ äussert sich hingegen nicht dazu, wie es sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit verhält, worauf die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu Recht hingewiesen hat (S. 2 Ziff. 3).

**3.4.2** Hinsichtlich der psychiatrischen Problematik verweist der Beschwerdeführer auf den Bericht seines behandelnden Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2016 (BB 3), wonach die Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit aufgrund einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) und einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) zu mindestens 50 % eingeschränkt sei.

Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat in der Stellungnahme vom 14. März 2016 (in den Gerichtsakten) mit ausführlicher Begründung überzeugend und schlüssig dargelegt, dass die Diagnosekriterien der ICD-10 für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer nicht erfüllt sind. Insbesondere hat er korrekterweise darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer eine Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen hat, anschliessend über lange Zeit beruflich aktiv war und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sich erst in Folge von somatischen Gesundheitsproblemen ergeben hat, was gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche, welche laut ICD-10 meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung trete und während des Erwachsenenalters weiterbestehe. Ebenso zu Recht hat Dr. med. D. \_\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Störung bislang nie diagnostiziert worden ist, weder vom früher behandelnden Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (AB 74) noch von den psychiatrischen Gutachtern Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (AB 30) und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im Rahmen der MEDAS-Begutachtung (AB 91). Das von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in den Vordergrund gestellte Vermeideverhalten des Beschwerdeführers wurde bereits von den MEDAS-Gutachtern beschrieben, wonach er in allen Untersuchungen als eher passiv und etwas phlegmatisch erlebt worden sei, was als persönlichkeitsinhärente Eigenschaften anzusehen sei, denen kein Krankheitswert zukomme (AB 91 S. 28 f.). Bei der vom behandelnden Psychiater geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes handelt es sich insgesamt um eine revisionsrechtlich nicht relevante unterschiedliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

**3.4.3** Nach dem Gesagten erfüllt der RAD-Bericht vom 9. November 2015 (AB 177) die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen

Berichts. Die im Rahmen der Beschwerde eingereichten medizinischen Unterlagen (BB 3 f.) vermögen den nachvollziehbaren Bericht des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 2.6.2 hiervor). Von den beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, womit darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E.1d S. 162).

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S.221) erstellt, dass beim Beschwerdeführer im massgebenden Vergleichszeitraum keine (massgebliche) andauernde gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin hat das erneute Leistungsgesuch somit zu Recht abgewiesen. Die Verfügung vom 13. Januar 2016 (AB 185) lässt sich nicht beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### 4.

**4.1** 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. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 21. März 2016 [in den Gerichtsakten]) wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteienschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Kosten des Verfahrens vor dem Verwaltungsgericht, bestimmt auf Fr. 800.--, werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. 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:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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