

200 17 1009 IV
ACT/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Februar 2019

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt als ... erwerbstätig, meldete sich im Dezember 2007 unter Hinweis auf Rückenschmerzen, eine Depression sowie einen erhöhten Blutzucker bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 9 S. 1). Im Rahmen der Abklärungen edierte die IVB u.a. die vom Krankentaggeldversicherer veranlasste Funktionsorientierte Medizinische Abklärung (FOMA) des Zentrums C. _____ vom 24. September 2007 (act. II 8 S. 10 - 17 und S. 20 - 35). Nachdem eine Abklärung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 24) abgebrochen worden war (act. II 34 S. 2; 37 S. 4), liess die IVB den Versicherten in der D. _____ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 24. Oktober 2008 [act. II 40]; nachfolgend erstes MEDAS-Gutachten). Das in der Folge durchgeführte Belastbarkeits- bzw. Aufbautraining (act. II 49; 58) wurde wegen vieler Absenzen sowie geltend gemachter Beschwerden im August 2009 abgebrochen (act. II 61 S. 2). Hierauf schloss die IVB die Arbeitsvermittlung ab (act. II 70) und veranlasste bei der D. _____ (MEDAS) eine polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung (Expertise vom 12. April 2010 [act. II 75.2 ff.]; nachfolgend zweites MEDAS-Gutachten). Nachdem Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), die psychiatrische Beurteilung im zweiten MEDAS-Gutachten als nicht nachvollziehbar beurteilt und festgehalten hatte, auf ihn wirke das Verhalten des Versicherten „gezielt, geplant und berechnet“ (act. II 79 S. 3), veranlasste die IVB eine Observation (Beweissicherung vor Ort [BvO; act. II 81]), welche im Zeitraum zwischen November 2010 und Februar 2011 stattfand (S. 3). Mit Vorbescheid vom 15. Juli 2011 (act. II 83) stellte die IVB dem Versicherten mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 85), welcher in der Folge unerledigt blieb.

B.

Im März bzw. April 2015 nahm die IVB die Fallbearbeitung wieder auf (vgl. act. II 92 bzw. 94). Nach Beizug medizinischer und erwerblicher Unterlagen liess sie den Versicherten in der F._____ (MEDAS) erneut polydisziplinär begutachten (Expertise vom 9. Juni 2016 [Akten der IVB, act. IIA 139.1 ff.]; nachfolgend drittes MEDAS-Gutachten). In der Folge legte die IVB das medizinische Dossier dem RAD-Arzt Dr. med. E._____ zur Beurteilung vor, welcher die im Gutachten erfolgte psychiatrische Diagnostik als nicht plausibel bewertete und postulierte, hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils sei auf das zweite MEDAS-Gutachten vom 12. April 2010 sowie auf seinen RAD-Bericht vom 20. September 2010 abzustellen (act. IIA 141 S. 9; 154 S. 4). Mit Vorbescheid vom 16. Mai 2017 (act. IIA 155) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 32% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Daran hielt sie – nach erhobenem Einwand (act. IIA 171) – mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177) fest.

C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B._____, mit Eingabe vom 15. November 2017 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. Oktober 2017 sei aufzuheben.
2.
 - a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Gewährung des rechtlichen Gehörs und des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.
 - b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die versicherten IVG-Rentenleistungen nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40% ab wann rechtens zzgl. Verzugszins zu 5% ab wann rechtens zuzusprechen.
 - c) Subeventualiter: Es seien bei der F._____ (MEDAS) Ergänzungen, insbesondere eine Stellungnahme zum Bericht des RAD vom 18. August 2016, einzuholen.
 - d) Subsubeventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu ergänzenden medizinischen und/oder beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

4. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeistandung unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bewilligen.
5. Auf die Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses sei zu verzichten.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt und Notar B._____ als amtlicher Anwalt gut. Sodann erachtete er ein psychiatrisches Gerichtsgutachten als notwendig. Es werde beabsichtigt, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung zu betrauen. Gleichzeitig gewährte der Instruktionsrichter den Parteien die Möglichkeit, innert Frist allfällige Einwendungen gegen die Begutachtung oder triftige Ablehnungsgründe mit einem allfälligen Gegenvorschlag vorzubringen sowie zum Fragenkatalog Stellung zu nehmen und allfällige Ergänzungsfragen zu beantragen.

Mit Stellungnahme vom 27. März 2018 teilte die Beschwerdegegnerin mit, sie habe keine Einwände gegen die geplante Begutachtung und Dr. med. G._____ als Experten; ferner habe sie keine Anmerkungen zum Fragenkatalog und verzichte auf Ergänzungsfragen.

Mit Eingabe vom 27. April 2018 stellte der Beschwerdeführer die folgenden Anträge:

1. Es sei davon Kenntnis zu nehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor von der vollen Beweiskraft der psychiatrischen Telexpertise der F._____ (MEDAS), Dr. med. H._____, ausgeht, d.h. die Notwendigkeit der Gerichtsexpertise bestreitet, sich aber unpräjudiziell bereit erklärt, sich der vorgesehenen psychiatrischen Gerichtsexpertise zu unterziehen.
2. a) Es sei wegen Anscheins der fehlenden Ergebnisoffenheit resp. Befangenheit bezüglich der Person von Dr. med. G._____ das psychiatrische Gutachten bei einer anderen Gutachterperson in Auftrag zu geben.

b) Eventualiter: Dr. med. G._____ sei durch das angerufene Gericht gestützt auf Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG unter Androhung der Straffolgen nach Art. 292 StGB von Amtes wegen aufzufordern, die Angaben über die attestierten Arbeitsfähigkeiten offenzulegen, indem das Gericht jenem – in Analogie zur Fragestellung in Teil C der synoptischen Darstellung in BGE 137 V 210 ff. (Erw. 1.2.3) – die Frage unterbreite, in wie vielen Fäl-

len Dr. med. G. _____ seit 2011 Arbeitsunfähigkeiten von 40% oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert hat. Sodann sei die Antwort des Dr. med. G. _____ den Parteien zur schriftlichen Stellungnahme zukommen zu lassen.

c) Subeventualiter: Die allfällige Vorenthaltung des beweisrechtlich entscheidenden Zahlenmaterials durch Dr. med. G. _____ und dessen widersprüchliches Verhalten seien gestützt auf Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 19 VwVG und Art. 40 BZP (Grundsatz der freien Beweiswürdigung) so zu würdigen, dass Dr. med. G. _____ im Sinne einer fehlenden Ergebnisoffenheit nie eine Arbeitsunfähigkeit von 40% oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert.

3. Die Parteien seien durch das Gericht aufzufordern, dem Gericht Gutachterpersonen zu nennen, sodass dieser einigungsweise erkoren werden kann.
4. Es sei von folgenden Gutachtervorschlägen des Beschwerdeführers Kenntnis zu nehmen und diese seien der Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme zu unterbreiten:
 - Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - PD Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Mai 2018 wies der Instruktionsrichter die Beweisanträge ab und beauftragte Dr. med. G. _____ mit der Erstellung des Gerichtsgutachtens gemäss Auftrag mit separatem Schreiben vom 1. Mai 2018 (in den Gerichtsakten).

Am 27. August 2018 ging das Gerichtsgutachten vom 24. August 2018 beim Gericht ein (in den Gerichtsakten).

Während sich die Beschwerdegegnerin hierzu nicht vernehmen liess, nahm der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 9. November 2018 zum Gerichtsgutachten von Dr. med. G. _____ vom 24. August 2018 Stellung. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Es sei eine neue psychiatrische Gerichtsexpertise bei einem anderen Facharzt für Psychiatrie als Dr. med. G. _____ einzuholen.
2. Es sei der RAD der IV-Stelle Bern zu einer Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. G. _____ einzuladen.
3. Es seien die Beweisanträge gemäss Eingabe des unterzeichnenden Rechtsanwalts aufgrund der BGE 1C_467/2017 und 1C_461/2017 vom 27. Juni 2018 nochmals zu prüfen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. November 2018 setzte der Instruktionsrichter die öffentliche Schlussverhandlung nach Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) auf den 24. Januar 2019 fest und gab die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekannt. Ferner wies er den Antrag des Beschwerdeführers auf Partei- und Zeugenbefragung ab.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weitere Unterlagen ein (Akten des Beschwerdeführers [act. IC 1 ff.]). Er beantragte die Sistierung des Beschwerdeverfahrens, bis ihm die IV-Stelle Bern sämtliche Gutachten des Dr. med. G. _____ der Jahre 2012 bis 2018 herausgegeben habe. Ferner änderte der Beschwerdeführer die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren dahingehend ab, als gemäss Ziffer 2c (subeventualiter) eine neue psychiatrische Gerichtsexpertise beantragt werde. Im Übrigen bestätigte er die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

D.

Am 20. Februar 2019 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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.

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) mit der Begründung, die Beschwerdegegnerin habe sich erst in der angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177) zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit des (im Rahmen der BvO) erstellten Observationsmaterials (vgl. act. II 81) geäußert bzw. der Beschwerdeführer habe sich nicht vorher dazu äussern können (Beschwerde, S. 3 f. Ziffer 3).

Dieses Vorbringen ist offensichtlich aktenwidrig: Sowohl im Vorbescheid vom 15. Juli 2011 (act. II 83 S. 2 f.) als auch in den Vorbescheiden vom 19. Dezember 2016 (act. IIA 143 S. 3) und vom 16. Mai 2017 (act. IIA 155

S. 3) hat die Beschwerdegegnerin zur Frage der Gebotenheit und der Zulässigkeit (und in diesem Rahmen namentlich auch zur Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen) respektive der Verwertbarkeit der im Jahr 2011 durchgeführten BvO ausdrücklich Stellung genommen. Der seit September 2011 (act. II 84) anwaltlich vertretene Beschwerdeführer bestritt denn auch mittels Einwand vom 14. September 2011 (act. II 85 S. 3 - 5) die Verwertbarkeit der Observationsunterlagen. Dass die Beschwerdegegnerin nach dem am 14. Juli 2017 ergangenen BGE 143 I 377 keinen weiteren Vorbescheid erliess, ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden und begründet keine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Für die beantragte Rückweisung „zur korrekten Gewährung des rechtlichen Gehörs und des Vorbescheidverfahrens“ (Beschwerde, Rechtsbegehren Ziffer 2a) besteht demnach kein Anlass.

3.

3.1

3.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.1.3 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).

3.2 Der Gesundheitszustand präsentierte sich im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177) nach der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 In der FOMA des Zentrums C. _____ vom 24. September 2007 (act. II 8 S. 20 - 35), beinhaltend eine psychiatrische Beurteilung vom 15. September 2007 (act. II 8 S. 10 - 17), wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 20 f.):

- Chronisch lumbospondylogenes Syndrom rechts
 - Leichte Diskusprotrusion L2/3 ohne Neurokompression
 - Fehlhaltung, Fehlform der Wirbelsäule bei Verdacht auf Status nach Morbus Scheuermann
 - Muskuläre und allgemeine Dekonditionierung
 - Symptomausweitungstendenz
- Gemische Anpassungsstörung subaffektiver bis höchstens leichtgradiger Ausprägung
- Diabetes mellitus Typ II
- Schwere Adipositas (BMI = 37 kg/m²)
- Verdacht auf arterielle Hypertonie

Es handle sich um ein unspezifisches, chronisches lumbospondylogenes Syndrom ohne Hinweis auf eine spezifische lumbale Problematik im Sinne eines radikulären Syndroms oder einer Intervertebralgelenksproblematik. Ausserdem bestehe eine schwere Adipositas mit Diabetes mellitus Typ II, und diesbezüglich sei nebst der muskulären Dekonditionierung der Bauch-, Rumpf- und Rückenmuskulatur eine allgemeine körperliche Dekonditionie-

rung erwähnenswert (S. 21 f.). In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine subaffektive bis höchstens leichtgradig affektpathologische Zeichnung dysthym-dysphorischer Ausprägung ohne erheblichen Krankheitswert (S. 15). Eine erhebliche psychische Komorbidität zur vorliegenden, „weitgehend“ glaubhaften Schmerzproblematik, nicht im Sinne einer F45.4-Codierung, sei heute nicht eruierbar (S. 16). In der angestammten Tätigkeit als angelernter ... und ... bestehe mittel- bis langfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten leichten Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselpositionierung sei der Beschwerdeführer aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztags bei voller Leistung arbeitsfähig. Interdisziplinär betrachtet (unter Berücksichtigung der psychischen Einschränkungen [vgl. S. 16]) bestehe diesbezüglich eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 23).

3.2.2 Im polydisziplinären, auf einer orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung basierenden ersten Gutachten der D._____ (MEDAS) vom 24. Oktober 2008 (act. II 40) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (S. 11):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Lumbales Schmerzsyndrom mit angedeuteter L5-Neuralgie
2. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
3. Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
4. Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

5. Migräne ohne Aura
6. Analgetikainduzierter Kopfschmerz
7. Adipositas (BMI 33 kg/m²)
8. Anamnestiche Hypertonie
9. Diabetes mellitus Typ 2
10. Status nach rezidivierender Nephrolithiasis

Die orthopädische Untersuchung ergebe vor allem eine Fehlstatik und eine Haltungsinsuffizienz, muskulären Hartspann und eine verschmächtigte Rumpfmuskulatur bei einem Übergewicht von >25 kg. Die neurologische Untersuchung zeige Hinweise auf eine diskrete L5-Neuralgie rechts ohne motorische Defizite. Die psychiatrische Beurteilung zeige keine wesentlichen psychopathologischen Störungen. Es bestehe aber eine generalisierte Angststörung, begleitet von einer Agoraphobie (S. 12). In der

Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, sowohl die bisherige Tätigkeit wie auch eine den Leiden angepasste Arbeit in Wechselbelastung sei zu acht Stunden pro Tag zumutbar; es bestehe jedoch eine um 70% eingeschränkte Leistungsfähigkeit (S. 13 f. [orthopädisch 30%, S. 21; psychiatrisch 20%, S. 27; neurologisch 20%, S.32]). Die Angststörung könne durch geeignete psychiatrische Behandlung weitgehend überwunden werden. Die Störungen des Bewegungsapparates könnten in erster Linie durch entsprechende Reduktion des Körpergewichts, verbunden mit Bewegungstrainings, mindestens verbessert werden (S. 13). Dies könnte innert 12 - 18 Monaten zu einer deutlichen Verbesserung des Zustands führen (S. 14).

3.2.3 Der seit April 2008 behandelnde Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 19. Oktober 2009 (act. II 69 S. 2 ff.) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte Angststörung mit stressassoziierten dissoziativen Tendenzen (ICD-10 F41.3), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom fest. Die Arbeitsunfähigkeit als ... bzw. ... betrage seit April 2008 bis auf Weiteres 100% (S. 4). Eine stundenweise einfache manuelle Tätigkeit mit verlangsamtem Arbeitstempo sei zwei mal zwei Stunden pro Tag mit einer dazwischen liegenden dreistündigen Pause möglich (S. 5).

3.2.4 Im polydisziplinären, auf einer internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung basierenden zweiten Gutachten der D.____ (MEDAS)vom 12. April 2010 (act. II 75.2 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 75.2 S. 12):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
2. Agoraphobie (ICD-10 F40.0)
3. Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

4. Lumbales Schmerzsyndrom
5. Migräne ohne Aura
6. Adipositas (BMI 33 kg/m²)
7. Behandelte Hypertonie, befriedigend eingestellt
8. Diabetes mellitus mit oralen Antidiabetika, ordentlich eingestellt
9. Status nach rezidivierender Nephrolithiasis

In den Jahren 2009 und seit Jahresbeginn 2010 sei es zu mehreren Kurzhospitalisationen wegen Kopfschmerzen gekommen (S. 6; vgl. auch act. II 75.6). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass sich sein Zustand seit zwei Jahren nicht verändert habe (act. II 75.2 S. 8).

Der Verdacht einer radikulären Symptomatik L5 rechts werde durch die neurologische und die orthopädische Untersuchung nicht bestätigt. Die Laborbefunde zeigten einen ordentlich eingestellten Diabetes mit momentan deutlich erhöhtem Blutzucker. Die neurologische Beurteilung ergebe keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Befunde. Die entsprechende Untersuchung sei weitgehend normal gewesen. Die orthopädische Beurteilung ergebe ebenfalls keine wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden krankhaften Befunde. Die psychiatrische Beurteilung stelle in Übereinstimmung zum Vorgutachten die generalisierte Angststörung und eine Agoraphobie fest. Trotz guter psychiatrischer Fachbehandlung sei eine wesentliche Verbesserung nicht zu verzeichnen (S. 13).

Die den Krankheitszustand wesentlich beeinflussende psychische Störung sei damit unverändert. Körperlich habe sich der Zustand eher verbessert (S. 16).

In erster Linie müsse, sofern möglich, die Angststörung beherrscht werden können. Nach einer Rekonditionierung während ca. sechs Monaten sei eine Zunahme der körperlichen Belastung denkbar. Ob eine erneute Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt anschliessend möglich sei, müsse dannzumal abgeschätzt werden. Eine den Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit sei zu acht bis neun Stunden täglich in geschütztem Rahmen zumutbar; dabei bestehe wegen der Angststörung und der Agoraphobie eine um 20% verminderte Leistungsfähigkeit (S. 15).

3.2.5 Im Bericht vom 10. März 2011 (act. II 80) hielt Dr. med. M. _____ fest, der psychische Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Im Vordergrund stehe eine Wahnstimmung mit ängstlicher Beziehungswahndynamik. Im Weiteren fühle sich der Beschwerdeführer ständig müde, ratlos und deprimiert. Er habe Konzentrationsschwierigkeiten, allein verlasse er kaum die Wohnung. Die soziopraktische und emotional-kognitive Belastbarkeit sei erheblich vermindert. Zudem leide er an

chronischen Kopf- und Rückenschmerzen (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (S. 2).

Im Bericht vom 8. November 2012 (act. II 91) hielt Dr. med. M. _____ fest, seit dem letzten Bericht vom 10. März 2011 habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers klinisch nicht relevant verbessert, sogar eher verschlechtert. Im Vordergrund stehe weiterhin eine angstbetonte paranoide Psychopathologie mit gelegentlichem Stimmenhören. Für jegliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft sei er zu 100% arbeitsunfähig.

Mit weiterem Bericht vom 2. April 2015 (act. II 93) hielt Dr. med. M. _____ als Diagnosen eine sonstige, vorwiegend angstbetonte wahnhaft-psychotische Störung (ICD-10 F28) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), fest. Der Gesundheitszustand sei stationär (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100% (S. 2).

3.2.6 Vom 12. Januar bis 8. Februar 2016 war der Beschwerdeführer in den psychiatrischen Diensten N. _____ stationär hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. Februar 2016 (act. IIA 131) wurde ein Verdacht auf sonstige Schlafstörungen (Parasomnie) mit nächtlichen optischen und akustischen Halluzinationen (ICD-10 G47.8) diagnostiziert sowie aktenanamnestisch die Diagnose „Histrionische und narzisstische Züge“ festgehalten. Der Beschwerdeführer sei im Bahnhof ... nach einem Treppensturz unklarer Genese gefunden und von der Polizei auf dem Notfall in ... vorgestellt worden. Dort habe er berichtet, dass er plötzlich starke Angst, Schweissausbruch, Atemnot bekommen und eine Stimme von hinten vernommen habe, welche ihn habe umbringen wollen (S. 1). Beim Beschwerdeführer seien vor dem Klinikeintritt somatische Erkrankungen (Delir, Tumor, Epilepsie) ausgeschlossen worden. Da er eine eher untypische Symptomatik für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zeige, insbesondere die lebhaften, szenischen Halluzinationen meist nachts aufträten und der Beschwerdeführer im Alltag sonst kaum beeinträchtigt sei, sei differentialdiagnostisch auch an eine Schlafstörung (Parasomnie) zu denken. Hinweise für eine ausgeprägte depressive Symptomatik hätten sich nicht finden lassen, es habe zwar eine leicht gedrückte Stimmung bestanden, jedoch keine Anhedonie, keine erhebliche

Antriebsminderung, kein Interessenverlust; der Beschwerdeführer habe sich auf der Station nicht zurückgezogen, sei an Aktivitäten (auch mit der Familie) sehr interessiert gewesen (S. 4).

3.2.7 Im polydisziplinären, auf einer internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung beruhenden und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der BvO verfassten dritten Gutachten der F._____ (MEDAS) vom 9. Juni 2016 (act. IIA 139.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 139.1 S. 26):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)
- Es bestehen deutliche Hinweise auf dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54.4) im Rahmen von Schmerzverarbeitung.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Mässig ausgeprägte sensibel betonte Polyneuropathie, am ehesten bei Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 G64.0)
- Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0)
- Spannungstypkopfschmerz, DD: analgetikainduziert (ICD-10 G44.2 und G44.4)
- Diabetes mellitus Typ 2, ED ca. 2002, orale antidiabetische Medikation – anamnestisch diabetische Retinopathie (ICD-10 E11.40)
- V.a. arterielle Hypertonie DD: situativ erhöhter Blutdruck (ICD-10 I10.0)
- Adipositas, WHO Grad I (ICD-10 E66.0)

Der Beschwerdeführer habe angegeben, wegen der psychischen Probleme nicht mehr arbeiten zu können (S. 19). In neurologischer, internistischer und orthopädischer Hinsicht bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit als ... noch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit (S. 23 f.). Auf psychiatrischem Gebiet liege in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als ... eine 100%ige, hinsichtlich einer angepassten, einfach strukturierten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 24, 29). In psychischer Hinsicht beständen zwischen dem Ergebnis der BvO und dem Befund während der Begutachtung keine grundsätzlichen Diskrepanzen (S. 27). Insgesamt ergebe sich interdisziplinär eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... von 100% und in einer Verweistätigkeit von 50% (S. 29).

3.2.8 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ hielt im ärztlichen Bericht vom 18. August 2016 (act. IIA 141 S. 6 ff.) fest, das Teilgutachten (act. IIA 139.4) von Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sei nicht nachvollziehbar. In der fast 10jährigen Krankheitsvorgeschichte seien zahlreiche und unübersehbare Widersprüche und Inkonsistenzen ersichtlich gewesen, inklusive einer umfangreichen BvO, die ein sehr differentes Bild der angegebenen Einschränkungen gezeigt habe. Dennoch stütze sich der Gutachter fast ausschliesslich auf die Aussagen des Beschwerdeführers, die Dr. med. H. _____ selber als teilweise unzuverlässig beurteilt habe (act. IIA 141 S. 9).

3.2.9 Im psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 24. August 2018 (in den Gerichtsakten) stellte Dr. med. G. _____ keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 30). Auch habe sich der Gesundheitszustand in der Zeit zwischen 2006 und 2017 nicht durch einen krankheitswertigen psychischen Gesundheitsschaden verändert oder verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt erbrachten Tätigkeit hätte also rein theoretisch wieder aufgenommen werden können. Aus psychischen Gründen wäre er demnach nicht eingeschränkt gewesen, auch die Tätigkeit als ... und ... sowie eine angepasste Tätigkeit auszuüben; dies gelte für den gesamten Zeitraum (S. 58). In Bezug auf die diagnostische Einschätzung im dritten MEDAS-Gutachten hielt Dr. med. G. _____ fest, die Angaben, welche zur Diagnose einer „paranoiden Schizophrenie leichter bis mittelgradiger Ausprägung“ geführt hätten, hätten der Beschwerdeschilderung und der bewussten Darstellung des Beschwerdeführers, als krank zu erscheinen, zugeordnet werden müssen. Es könne im nämlichen Gutachten der F. _____ (MEDAS) kein aufgeführtes Kriterium für eine paranoide Schizophrenie nachvollzogen werden (S. 47). Vor dem Hintergrund des Berichts der psychiatrischen Dienste N. _____ vom 8. Februar 2016 sei auch die Diagnose einer vorwiegend angstbetonten wahnhaften psychotischen Störung (ICD-10 F28) in Abrede zu stellen (S. 51).

3.2.10 Im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstellten Bericht vom 15. September 2018 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7) hielt Dr. med. M. _____ fest, Dr. med. G. _____ habe im

„Stil eines Forschers“ den Beschwerdeführer beobachtet „und die Akten so interpretiert“, dass er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit habe attestieren können.

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

3.3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.3 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

Bezüglich Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c

S. 346) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

3.4 Der Beschwerdeführer bestreitet die Verwertbarkeit der Ergebnisse der BvO (Beschwerde, S. 11 ff. Ziffer 15).

3.4.1 Sowohl in der Unfall- wie auch in der Invalidenversicherung fehlt es an einer genügenden gesetzlichen Grundlage, welche die verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regelt (BGE 143 I 377 E. 4 S. 384). Sodann gilt das Verbot der Verwertung rechtswidrig erlangter Beweismittel auch für die Verwaltungsjustizorgane. Dieses Verwertungsverbot gilt allerdings nicht absolut. Vielmehr ist für den Entscheid über die Verwertbarkeit des rechtswidrig erlangten Beweises hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend (vgl. Art. 152 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]). In Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung ist eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar, solange Handlungen des „Beschuldigten“ aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner ist von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 377 E. 5.1.1 S. 385 und E. 5.1.3 S. 386).

3.4.2 Zunächst bringt der Beschwerdeführer unter Hinweis auf „die herrschende Lehre“ (Beschwerde, S. 12) in grundsätzlicher Hinsicht vor, die Rechtswidrigkeit der Observation impliziere auch die Nichtverwertbarkeit deren Ergebnisse. Diesen Einwand hat das Bundesgericht bereits verworfen und bekräftigt, dass die Frage, ob und inwiefern aus einer festgestellten

Verfassungs- und EMRK-Widrigkeit ein Beweisverwertungsverbot folge, nach dem anwendbaren schweizerischen Verfahrensrecht zu prüfen und an der Rechtsprechung, wonach die grundsätzliche Verwertbarkeit von ohne hinreichende gesetzliche Grundlage erlangtem Observationsmaterial unter Vorbehalt einer sorgfältigen Interessenabwägung gegeben ist, festzuhalten sei (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Oktober 2018, 9C_221/2018, E. 4.1 f.).

3.4.3 Sodann war die Observation objektiv geboten, nachdem der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ im Bericht vom 20. September 2010 (act. II 79 S. 3 f.) nach Vorlage des zweiten MEDAS-Gutachtens vom 12. April 2010 (act. II 75.2 ff.) zum Schluss gekommen war, die darin erfolgte psychiatrische Beurteilung sei nicht hinreichend objektiviert, diverse Widersprüche seien nicht angesprochen worden und das Verhalten des Beschwerdeführers wirke „gezielt, geplant und berechnet“ (act. II 79 S. 3). Der vom Beschwerdeführer als solcher bezeichnete Anfangsverdacht (vgl. dazu BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 S. 332; Entscheid des BGer vom 20. Dezember 2017, 8C_515/2017, E. 5.3) wurde demnach nicht respektive zumindest nicht allein „durch einen vermeintlich zu hohen Medikamentenspiegel“ (Beschwerde, S. 13) begründet. Vielmehr nannte Dr. med. E. _____ diverse Anhaltspunkte, welche Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen liessen.

3.4.4 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer im November/Dezember 2010 und im Februar 2011 an einzelnen Tagen observieren (act. II 81 S. 3), was mit Video festgehalten wurde; zudem fanden die wesentlichen Beobachtungen Eingang in einen schriftlichen Bericht vom 14. März 2011 (S. 3 ff.).

Die Überwachung erstreckte sich über einen Zeitraum von insgesamt rund fünf Wochen (gut vier Wochen im November/Dezember 2010, eine knappe Woche im Februar 2011). Es fanden Observationen an 11 Tagen statt, wobei es an sämtlichen Tagen zu Videoaufzeichnungen gekommen ist (S. 3 ff.). Im Wesentlichen bezogen sich die Beobachtungen auf das Fahrradfahren, das Führen des Autos, den Besuch von Ladenlokalen sowie auf verschiedene Unterhaltungen mit diversen Personen an

unterschiedlichen Orten. Dass eine Observation in nicht öffentlich frei zugänglichen Räumen erfolgt wäre oder der Beschwerdeführer Handlungen durch äussere Beeinflussung vollzogen hätte, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht.

Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre des Beschwerdeführers war verhältnismässig gering und erfolgte nicht über einen längeren Zeitraum hinweg. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden. Demgegenüber wiegt das Interesse des Versicherungsträgers, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden, schwerer als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre. Damit können die vorliegend ohne ausreichende gesetzliche Grundlage erhobenen Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden.

3.5 Im Hinblick auf die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes erfüllen sowohl die FOMA (act. II 8 S. 20 - 35) wie auch die drei MEDAS-Gutachten (act. II 40; 75.2 ff.; act. IIA 139.1 ff.) respektive die entsprechenden Teilgutachten somatischer Fachrichtungen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3.3 vorne) und erbringen Beweis (zur grundsätzlichen Zulässigkeit, auch Teilkonsilien volle Beweiskraft zuzuerkennen, vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht. Im Einzelnen ergibt sich Folgendes:

3.5.1 Im Rahmen der (zu Händen des Krankentaggeldversicherers) erstellten FOMA vom 24. September 2007 (act. II 8 S. 20 - 35) wurde ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom ohne Neurokompression festgestellt (S. 20), wobei aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als ... eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, eine den Leiden angepasste Tätigkeit jedoch als ganztags und mit voller Leistung zumutbar beurteilt wurde (S. 23). Gleichzeitig wiesen die Ärzte bereits damals auf eine Symptomausweitung und Selbstlimitierung (S. 22) sowie auf den Umstand hin, dass „Aufgrund einer allgemeinen

Dekonditionierung und deutlicher Kraftdefizite“ ein aktives, regelmässiges Konditions-, Kraft- und Kraftausdauertraining empfohlen werde (S. 23). Soweit die Ärzte in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, erfolgte dies – in Anbetracht einer fehlenden spezifischen lumbalen Problematik (S. 21) – im Wesentlichen vor dem Hintergrund einer allgemeinen Dekonditionierung (vgl. auch S. 27), welche jedoch – ebenso wie die gleichzeitig festgestellte Adipositas und die dadurch bewirkte rasche Erschöpfung (vgl. Entscheid des BGer vom 12. Dezember 2017, 8C_663/2017, E. 3.2) – keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt.

3.5.2 Im ersten MEDAS-Gutachten vom 24. Oktober 2008 (act. II 40) wurde in somatischer Hinsicht ein lumbales Schmerzsyndrom mit angedeuteter L5-Neuralgie diagnostiziert (S. 11) und eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 13). Soweit die Gutachter aus somatischer Sicht eine um insgesamt 50% (30 + 20% [offenbar additiv]) eingeschränkte Leistungsfähigkeit postulierten (vgl. S. 10 f.), begründeten sie dies vornehmlich mit einer allgemeinen Dekonditionierung des Bewegungsapparates, welche die Gutachter im interdisziplinären Konsens durch eine Reduktion des Körpergewichts, verbunden mit Bewegungstrainings, als mindestens verbesserbar erachteten (S. 13). Indem eine Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt und der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der FOMA vom 24. September 2007 (act. II 8 S. 20 - 35) auf die Notwendigkeit einer körperlichen Ertüchtigung aufmerksam gemacht worden war, erweist sich eine (somatisch bedingte) Invalidität als nicht erstellt (vgl. E. 3.1.1 vorne).

3.5.3 Im zweiten MEDAS-Gutachten vom 12. April 2010 (act. II 75.2 ff.) wurde in somatischer Hinsicht keine Diagnose mehr mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 12). Der begutachtende Neurologe hielt fest, es fänden sich weder ein funktionell einschränkendes Lumbovertebralsyndrom noch Nervendehnungszeichen noch sensomotorische Defizite von Seiten der lumbosakralen Wurzeln. Indessen sei es zu einer Ausweitung der subjektiven Beschwerden gekommen. Es falle schwer, beim muskelkräftigen, stämmigen Habitus des Beschwerdeführers eine Arbeits-

oder Leistungsunfähigkeit abzuleiten (S. 12). Die begutachtende Orthopädin stellte fest, die beklagten Beschwerden der Wirbelsäule hätten nur bedingt ein klinisches oder radiologisches Korrelat; im Übrigen sei der Befund in der Norm. Eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe nicht (S. 12). Indem der neurologische Gutachter eine „kleine Leistungseinbusse von max. 20%“ lediglich als möglich erachtete (S. 12), ist – bei auch subjektiv im Wesentlichen gleich gebliebenem Gesundheitszustand (vgl. S. 8) – unverändert eine somatisch bedingte Invalidität nicht erstellt (E. 3.1.1 vorne).

3.5.4 In der Folge ergeben sich in den Akten keinerlei Hinweise, welche auf eine Veränderung bzw. Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes hindeuten (vgl. E. 3.2.5 vorne).

Nichts anderes folgt schliesslich aus dem dritten MEDAS-Gutachten vom 9. Juni 2016 (act. IIA 139.1 ff.): So wurde in somatischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 26) respektive in den untersuchten somatischen Fachbereichen der Allgemeinen Inneren Medizin, der Neurologie und der Orthopädie jeweils eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich verneint (S. 23 f.).

3.5.5 Zusammenfassend besteht in somatischer Hinsicht in Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177) kein invalidisierender Gesundheitsschaden (vgl. E. 3.1.1 vorne).

3.6 In psychischer Hinsicht liegt das von Dr. med. G. _____ am 24. August 2018 erstellte Gerichtsgutachten vor (in den Gerichtsakten). Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3.3 vorne) und erbringt vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und in jeder Hinsicht, namentlich auch in Bezug auf die Schlussfolgerungen, überzeugend begründet. Danach besteht keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.6.1

3.6.1.1 Wie schon im Rahmen seiner Eingabe vom 27. April 2018 macht der Beschwerdeführer zunächst geltend, dem unterzeichnenden Rechtsanwalt sei kein Gutachten des Dr. med. G. _____ bekannt, worin dieser dem betroffenen Versicherten eine leistungsbegründende Invalidität zuerkannt habe (vgl. S. 6). Daraus ergebe sich der Anschein der fehlenden Ergebnisoffenheit des Gutachtens bzw. der Befangenheit von Dr. med. G. _____ (vgl. S. 3 ff. Ziffer 3; vgl. auch Eingabe vom 9. November 2018, S. 2 f. Ziffer 2). Dies bekräftigte der Beschwerdeführer auch anlässlich der Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019. Zusätzlich beantragte er unter Verweis auf ein anonymisiertes Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Solothurn vom 17. Januar 2019 (act. IC 2) – wonach die IV-Stelle Solothurn angewiesen wird, dem Beschwerdeführer die Resultate „der 161 Gutachten der -Gutachterstelle aus den Jahren 2012 bis 2014 in anonymisierter Form herauszugeben“ – sowie unter Hinweis auf ein von ihm bei der Beschwerdegegnerin eingereichtes, Dr. med. G. _____ betreffendes Gesuch vom 24. Januar 2019 ähnlichen Inhalts (act. IC 1), die Sistierung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Er machte geltend, würden die Ergebnisse dieser Verfahren nicht abgewartet, so würde dem Beschwerdeführer ein wesentliches Beweismittel verwehrt.

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2015 IV Nr. 23 S. 70 E. 6.1.1). Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen (Entscheid des BGer vom 30. März 2017, 9C_19/2017, E. 3.2).

In der prozessleitenden Verfügung vom 1. Mai 2018, worin Dr. med. G. _____ mit der Durchführung des psychiatrischen Gerichtsgutachtens betraut wurde, hielt der Instruktionsrichter zu den Vorbringen des Beschwerdeführers fest, der Versuch, mit statistischen Daten des Gutachters dessen angebliche Befangenheit zu konstruieren, sei von vornherein

beweisuntauglich, da diese Zahlen den jeweiligen Einzelfällen offensichtlich nicht Rechnung trügen und deshalb letztlich nichts aussagten. An dieser Einschätzung ändern auch die Vorbringen des Beschwerdeführers in der Eingabe vom 9. November 2018 sowie anlässlich der Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019 nichts, kann die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, in erster Linie abhängig von den Umständen der Begutachtung, doch eine grosse Varianz aufweisen und trägt die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge, die es zu respektieren gilt, wenn und soweit der Gutachter lege artis vorgegangen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 6. August 2015, 9C_397/2015, E. 5.3). Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer aus den von ihm referierten Entscheiden des Bundesgerichts vom 27. Juni 2018, 1C_467/2017 und 1C_461/2017 (Letzterer als BGE 144 I 170 in der Amtlichen Sammlung publiziert), etwas zu seinen Gunsten abzuleiten (vgl. Eingabe vom 9. November 2018, S. 2 Ziffer 2), zumal diese im Wesentlichen auf dem solothurnischen Verfassungs- bzw. Gesetzesrecht beruhen. Dies gilt auch in Bezug auf das anlässlich der Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019 eingereichte Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Solothurn vom 17. Januar 2019 (act. I 2).

Selbst jedoch, wenn mit dem Beschwerdeführer die von ihm angeführten höchstrichterlichen Entscheide auch im (vorliegenden) Sozialversicherungsprozess als grundsätzlich einschlägig betrachtet würden, bestätigten sie die Beweisuntauglichkeit des gestellten Antrags, was sich bereits aus E. 8.6 S. 179 von BGE 144 I 170 ergibt. Darin hielt das Bundesgericht fest, „für die Bedürfnisse des Beschwerdeführers ist einzig von Belang, wie oft sich die Gutachter, mit deren Expertise er in seinem Leistungsverfahren rechnen muss, in den ihnen übertragenen Gutachten für und gegen Arbeitsunfähigkeit (von über 40%) ausgesprochen haben. Dafür genügen vermutlich jeweils eine einzige oder allenfalls eine bis zwei, vornehmlich wohl die letzten Seiten der Gutachten oder, falls dies für die IV-Stelle einfacher sein sollte, derjenigen Teile der Leistungsentscheide, aus denen sich ergibt, ob das Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit bejahte oder verneinte“.

Wenn der Beschwerdeführer von der von ihm behaupteten Tendenz des Gerichtsgutachters, Arbeitsunfähigkeiten eher zurückhaltend zu attestieren, auf dessen (generell) fehlende Neutralität und Unvoreingenommenheit schliesst, verkennt er in grundsätzlicher Hinsicht, dass es aus objektiver Warte allein darauf ankommen kann, ob der Experte bei der Begutachtung lege artis vorgegangen ist. Für die Beantwortung dieser Frage genügen blosser Arbeitsunfähigkeitsatteste nicht, ist doch eine ärztlich bescheinigte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nur dann aussagekräftig, wenn und soweit sie auf Anamnese, Klinik, Befunden sowie der übrigen Aktenlage basiert und die geltend gemachten Funktionseinschränkungen überdies hinreichend plausibilisiert werden. Daraus ist in Bezug auf die vom Beschwerdeführer Dr. med. G. _____ vorgeworfene, nicht in erster Linie mit dem vorliegenden Gerichtsgutachten (vgl. jedoch E. 3.6.1.2 hinten), sondern – wie dargelegt – vielmehr mit einer (verdachtsweisen) grundsätzlichen Haltung des Experten begründeten Voreingenommenheit und fehlenden Ergebnisoffenheit (vgl. Eingabe vom 27. April 2018, S. 5 f.) zu folgern, dass die Frage, ob der Gutachter jeweils (im Rahmen der zu Händen der IV-Stellen Bern und Solothurn erstellten Gutachten, um deren Herausgabe der Beschwerdeführer ersucht hat) nach den Regeln der ärztlichen Kunst verfahren ist und sich dabei nicht von sachfremden Kriterien hat leiten lassen, nicht allein anhand der einzelnen Expertise, sondern vielmehr unter Einbezug des gesamten, dem Gutachten zugrunde liegenden Dossiers zu beurteilen wäre – wie dies gerade auch der vorliegende Fall exemplarisch aufzeigt: Nur wenn im einzelnen Fall sämtliche Beurteilungsgrundlagen bekannt sind, kann geprüft werden, ob die vom Gutachter festgestellten Tatsachen – inklusive der Einschätzung des Arbeitsunfähigkeitsgrades – im Einzelnen sachbezogen, nachvollziehbar und schlüssig waren. Lässt sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht dergestalt anhand dieser Beurteilungselemente nachvollziehen, sagt sie – unabhängig davon, ob es für einen Gutachter eine (statistisch belegte) Tendenz gäbe, Arbeitsunfähigkeit eher zurückhaltend oder grosszügig zu attestieren – auch nichts aus und kann damit auch keinen Umstand darstellen, der geeignet wäre, Voreingenommenheit und in der Folge einen Ausstands- und Ablehnungsgrund wegen Befangenheit objektiv zu begründen. Schliesslich erweist sich die in der Eingabe vom 27. April 2018, Antrag Ziffer 2b,

beantragte Auskunft auch insoweit als beweisuntauglich, als sie sich auf „Arbeitsunfähigkeiten von 40% oder mehr“ bezieht: Indem der Invaliditätsbegriff auch ein wirtschaftliches Element enthält, führt eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 40% oder mehr nicht zwingend zu einem Leistungsanspruch. Umgekehrt hat eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 40% nicht ohne weiteres die Verneinung eines Leistungsanspruchs zur Folge.

Folglich besteht für die in den Eingaben vom 27. April 2018 und vom 9. November 2018 beantragten weiteren Abklärungen kein Anlass. Auch brauchen die Ergebnisse des vom Beschwerdeführer gegenüber der IV-Stelle Bern (vgl. act. IC 1) angestrebten Verfahrens auf Herausgabe der Gutachten von Dr. med. G. _____ nicht abgewartet zu werden. Denn unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens könnte aus dessen Ergebnissen in Bezug auf die im vorliegenden Fall aufgeworfene Frage der Befangenheit des Gerichtsgutachters nichts abgeleitet werden. Ist das angebotene Beweismittel demnach beweisuntauglich, stellt der Verzicht auf dessen Einholung – entgegen der vom Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung – keine unzulässige Verweigerung der Beweisabnahme dar. Demnach ist das im Rahmen der Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019 gestellte Sistierungsgesuch abzuweisen (vgl. auch E. 3.6.1.3 hinten).

3.6.1.2 Sodann – und entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Eingabe vom 9. November 2018, S. 3 Ziffer 3) – ergeben sich auch anderweitig keine Hinweise auf Befangenheit des Dr. med. G. _____, ist das Gerichtsgutachten doch durchwegs in sachlichem Tonfall und neutral abgefasst. Die vom Beschwerdeführer behauptete fehlende Empathie und der pauschale bis polemische Vorwurf, der Experte belasse es dabei, „frühere Einschätzungen anzugreifen“, wird nicht ansatzweise respektive nicht unter konkreter Bezugnahme auf die gutachterlichen Ausführungen substantiiert.

3.6.1.3 Soweit der Beschwerdeführer ferner geltend macht, der Umstand, wonach Dr. med. G. _____ nie eine Arbeitsunfähigkeit von 40% oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten attestiere, sei bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (vgl. Eingabe vom 27. April 2018, Antrag Ziffer 2c), kann auf das in E. 3.6.1.1 hiervoor Dargelegte verwiesen werden. Im

Übrigen übersieht der Beschwerdeführer einen wesentlichen Punkt: Wollte man statistisch erstellte Tendenzen von Gutachtern hinsichtlich der Attestierung von Arbeitsunfähigkeiten zum beweisrechtlich relevanten Nennwert erheben, hätte dies – getreu dem Grundsatz, wonach das Sozialversicherungsgericht nach dem Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen (vgl. E. 3.3.1 vorne) – für sämtliche Berichte der in einem Fall befassten Ärzte, namentlich etwa auch für Parteigutachter, zu gelten. So müssten vorliegend entsprechende Werte u.a. auch beim psychiatrischen Teilgutachten des dritten MEDAS-Gutachtens berücksichtigt werden – auf welches der Beschwerdeführer vorliegend abstellen will (vgl. Eingabe vom 27. April 2018, Antrag Ziffer 1) –, wobei gänzlich im Dunkeln läge, in welcher Form und inwieweit solche Daten, so sie denn in Bezug auf Leistungsverfahren überhaupt aussagekräftig erhebbar wären (vgl. E. 3.6.1.1 vorne), beweisrechtlich gewichtet werden müssten. Folglich bedarf es der vom Beschwerdeführer beantragten weiteren Abklärungen auch unter dem Aspekt der Beweiswürdigung nicht.

3.6.2 Sodann bildet entgegen dem Beschwerdeführer ein bei der Auftragsvergabe erfolgter ausdrücklicher Hinweis auf Art. 320 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) kein beweisrechtlich massgebendes Kriterium für die Gültigkeit eines im Rahmen eines Sozialversicherungsprozesses erstellten Gerichtsgutachtens. Anders als der Beschwerdeführer offenbar meint (Eingabe vom 9. November 2018, S. 1 Ziffer 1), findet die ZPO vorliegend keine direkte Anwendung. Damit besteht eine entsprechende Hinweispflicht auch nicht im Rahmen der Verweisnorm des Art. 19 Abs. 2 VRPG, wonach die Beschaffung der Beweismittel „grundsätzlich“ nach den Vorschriften der ZPO erfolge. Davon abgesehen ist nicht einsichtig, weshalb ein medizinischer Gutachter, welcher der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt (Art. 321 StGB), explizit auf das Verbot der Verletzung des Amtsgeheimnisses hinzuweisen wäre. Im Übrigen wurde Dr. med. G. _____ ausdrücklich über Anlass und Umstände des Gutachtens ins Bild gesetzt und aus seinen Ausführungen auf Seite 3 des Gerichtsgutachtens geht auch unzweifelhaft hervor, dass er sich über die Tragweite des Auftrags durchaus bewusst war.

3.6.3 Im Weiteren kann dem Beschwerdeführer auch insoweit nicht gefolgt werden, als er vorbringt, das Gerichtsgutachten sei auch materiell nicht verwertbar (Eingabe vom 9. November 2018, S. 3 Ziffer 3; Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019). So hat Dr. med. G. _____ über 25 Seiten und in akribischer Auseinandersetzung mit den Vorgutachten dargelegt, warum vorliegend keine Diagnose mit Krankheitswert gestellt werden kann (vgl. S. 30 - 55). Auch hat er den Psychostatus detailliert erhoben (S. 28 f.); ebenso – und entgegen dem Beschwerdeführer – erfolgte eine Konsistenzprüfung (S. 56), insoweit eine solche unter den gegebenen Umständen überhaupt erforderlich war. Sodann hat Dr. med. G. _____ transparent festgehalten, dass die Ressourcen des Beschwerdeführers nicht hätten erhoben werden können (S. 56), was jedoch daran lag, dass dieser seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkam bzw. „durch den Hinweis, durch seine Stimmen limitiert zu sein“, die Auskunft über seine Biographie und seinen Alltag verweigerte (vgl. S. 25, 56). Ferner liegt es in der Natur der Sache, dass – bei Fehlen einer Psychopathologie – eine Beschreibung des funktionellen Leistungsvermögens, sei es mit oder ohne Berücksichtigung des Mini-ICF-Ratings (für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen), entfällt. Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert.

3.6.4 Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. M. _____ vom 15. September 2018 (act. I 7) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten: Weder enthält dieser Bericht eine Befunderhebung noch nimmt er substantiell Bezug auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. G. _____. Mit der plakativen Feststellung, Dr. med. G. _____ habe im „Stil eines Forschers“ den Beschwerdeführer beobachtet und die Akten so interpretiert, dass er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestieren könne, zeigt er nicht ansatzweise Aspekte auf, die vom Gerichtsgutachter ausser Acht gelassen worden wären.

3.6.5 Zusammenfassend ergeben sich weder aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters noch aus den Vorbringen des Beschwerdeführers Hinweise, welche die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens von Dr. med. G. _____ in Frage zu stellen vermöchten (vgl. E. 3.3.4 vorne). Der vom

Beschwerdeführer (auch anlässlich der Schlussverhandlung vom 24. Januar 2019) beantragten psychiatrischen Begutachtung „bei einer anderen Gutachterperson“ (vgl. Eingabe vom 27. April 2018, Antrag Ziffer 2a und Eingabe vom 9. November 2018, Antrag Ziffer 1) bedarf es somit nicht.

3.7 Dass keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. E. 3.6 vorne), gelte – so der Experte – in Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum seit 2007 bis zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2017 (Gerichtsgutachten, S. 58). Auch diese Einschätzung überzeugt:

3.7.1 Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten psychiatrischen Gutachten vom 15. September 2007 (act. II 8 S. 10 - 17) wurde allein eine subaffektive bis höchstens leichtgradig affektpathologische Zeichnung dysthym-dysphorischer Ausprägung ohne erheblichen Krankheitswert festgestellt (S. 15), welche Einschätzung in Anbetracht der sehr bescheidenen Befundlage (vgl. S. 11 f.) überzeugt.

3.7.2 Im ersten MEDAS-Gutachten vom 24. Oktober 2008 (act. II 40) wurde (aus psychiatrischer Sicht) eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) sowie eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) diagnostiziert (S. 11, 26), wobei sich die Befundlage unverändert als sehr bescheiden präsentierte (S. 25 f.). Entsprechend hielt die Gutachterin fest, es hätten – wie schon 2007 (vgl. E. 3.7.1 hiavor) – keine wesentlichen psychopathologischen Störungen validiert werden können (S. 27). Sie attestierte eine volle Arbeitsfähigkeit bei einer – aufgrund vermehrter „Energie- und Anspannungsleistung“ (S. 26) – um 20% eingeschränkten Leistungsfähigkeit, welche jedoch bei „konsequenter Habituation an einen neuen Arbeitsplatz unter begleitender Therapie“ auf 100% gesteigert werden könne (S. 27). Wenn Dr. med. G. _____ aus den von der Gutachterin getroffenen Feststellungen schliesst, eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit sei für die folgende Zeit nicht erstellt (Gerichtsgutachten, S. 34), erweist sich dies als schlüssig und überzeugt.

3.7.3 Im zweiten MEDAS-Gutachten vom 12. April 2010 (act. II 75.2 ff.) wurde (aus psychiatrischer Sicht) unverändert eine generalisierte Angst-

störung (ICD-10 F41.1), eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) sowie eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) diagnostiziert (S. 12; act. II 75.3 S. 6). Obwohl der psychiatrische Gutachter festhielt, der psychopathologische Befund sei mit jenem aus dem Jahre 2008 vergleichbar (act. II 75.3 S. 6) und er weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (bei 20%iger Leistungsminde- rung) attestierte, erachtete er deren Verwertbarkeit allein bezogen auf einen geschützten Arbeitsplatz als gegeben (S. 7; act. II 75.2 S. 15). Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ hielt hierzu im ärztlichen Bericht vom 20. September 2010 (act. II 79 S. 3) fest, die psychiatrische Beurteilung sei nicht hinreichend objektiviert; auch fehle eine Auseinandersetzung hinsichtlich der Reisen in den Kosovo und der im Rahmen der MEDAS- Begutachtung festgestellten überhöhten Medikamentenspiegel (S. 3; act. II 75.2 S. 4 f.). Anzuführen ist in diesem Zusammenhang auch, dass es an- fangs 2010 wegen Kopfschmerzen zu Kurzhospitalisationen gekommen war, wobei festgehalten wurde, der Beschwerdeführer sei „trotz ‚Elefanten- Dosen an Analgetika‘“ nie beschwerdefrei gewesen; es sei zudem aufgefal- len, dass sich sein Zustandsbild jeweils zu verschlimmern schien, wenn jemand ins Zimmer gekommen sei (act. II 75.6 S. 6). Aufgrund dieser Wi- dersprüche und Inkonsistenzen wurde in der Folge eine – vorliegend zu berücksichtigende – BvO in Auftrag gegeben (vgl. E. 3.4 vorne), welche keinerlei Einschränkungen des Beschwerdeführers in seiner Bewegung- freiheit im öffentlichen Raum, bei der Interaktion mit anderen Menschen, beim Einkaufen, Velofahren und Autofahren dokumentieren (act. II 81), worauf auch Dr. med. E._____ im Bericht vom 28. September 2011 (act. II 87 S. 2) hinwies. Diese Feststellungen stehen im scharfen Kontrast zu jenen des behandelnden Psychiaters Dr. med. M._____ im kurz nach den Observationen erstellten Bericht vom 10. März 2011 (act. II 80), welcher das Bild eines psychisch schwer kranken Menschen zeichnet und wonach sich der Beschwerdeführer ständig müde, ratlos und deprimiert fühle, über Konzentrationsschwierigkeiten klage und die Wohnung allein kaum verlasse (S. 1). Unter diesen Umständen waren auch in diesem Zeit- punkt die geltend gemachten psychischen Einschränkungen weiterhin nicht hinreichend objektiviert, womit ein invalidisierendes psychisches Leiden unverändert nicht erstellt war.

3.7.4 In den Jahren 2012 bis 2015 berichtete Dr. med. M._____ über einen leicht verschlechterten bzw. stationären psychischen Gesundheitszustand (act. II 91; 93). Dr. med. G._____ weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die seit Jahren applizierten Medikamente offensichtlich ohne Wirkung geblieben seien: Es stelle einen Widerspruch in der psychiatrischen therapeutischen Grundhaltung dar, bei einem derartigen paranoid halluzinatorischen Geschehen, das einer wahnhaften Störung zugeordnet würde, Substanzen aus der Gruppe der Neuroleptika über Jahre unverändert zu empfehlen und zu verschreiben, dabei jedoch nicht zu hinterfragen, ob die Substanzen eingenommen würden und ob die Symptomatik wirklich bessere. Ein schwerkranker Mensch sollte eine veränderte Medikation empfohlen bekommen, sofern die Beschwerdeschilderung und die daraus abgeleitete deskriptive Psychopathologie tatsächlich einem ernstgenommenen krankheitswertigen Zustand entspräche. Hier wäre davon auszugehen, eine intensiviertere Behandlung aus ärztlich psychiatrischer Sicht vorzuschlagen, eine stationäre Behandlung einzuschalten, auf jeden Fall aber die neuroleptische Medikation zu verändern (Gerichtsgutachten, S. 41). In der Tat fehlen in den Berichten von Dr. med. M._____ jegliche kritischen Bemerkungen dahingehend, dass die (seit Jahren bestehende) medikamentöse Behandlung ohne jegliche Wirkung blieb. Ferner weist Dr. med. G._____ darauf hin, dass der Hausarzt Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, offensichtlich keine Kenntnis von den geltend gemachten wahnhaften psychotischen Zuständen hatte (vgl. act. IIA 100 S. 2 ff.), was in Anbetracht der Schwere eines derartigen Krankheitsbildes nicht nachvollziehbar ist. Eine invalidisierende psychische Störung ist damit jedenfalls nicht erstellt.

3.7.5 Im dritten MEDAS-Gutachten vom 9. Juni 2016 (act. IIA 139.1 ff.) wurde in psychischer Hinsicht neu und erstmals eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie deutliche Hinweise auf eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54.4) im Rahmen der Schmerzverarbeitung diagnostiziert (act. IIA 139.1 S. 26). Zudem attestierte der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. H._____ für die bisherige Tätigkeit als ... eine 100%ige, hinsichtlich einer angepassten, einfach strukturierten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 24, 29). Dies überzeugt nicht: Zunächst fällt auf, dass sich Dr. med. H._____ hinsichtlich der geltend

gemachten Symptome und Einschränkungen mehr Informationen im Rahmen einer stationären Behandlung erhoffte bzw. erwartete (vgl. act. II 139.4 S. 23), welche bis dahin nicht erfolgt war. Nachdem der Beschwerdeführer nach einem Treppensturz unklarer Genese von der Polizei auf dem Notfall in ... vorgestellt worden war und hierbei Inkonsistenzen in der Anamnese und im Verhalten beschrieben worden waren, wurde der Beschwerdeführer schliesslich in die psychiatrischen Dienste N._____ verbracht, wo er vom 12. Januar bis 8. Februar 2016 in stationärer Behandlung stand. Im Austrittsbericht vom 8. Februar 2016 (act. IIA 131) wurde allein die Verdachtsdiagnose auf sonstige Schlafstörungen (Parasomnie) mit nächtlichen optischen und akustischen Halluzinationen (ICD-10 G47.8) sowie aktenanamnestisch die Diagnose „Histrionische und narzisstische Züge“ gestellt (S. 1) und im Übrigen ein im Alltag sonst kaum beeinträchtigter Beschwerdeführer beschrieben (S. 4). Die Beschwerdegegnerin stellte diesen Bericht am 8. April 2016 (act. IIA 132) der F._____ (MEDAS) zu; gleichwohl blieb er in der Folge unberücksichtigt. Dies stellt einen erheblichen Mangel dar (vgl. auch Gerichtsgutachten, S. 51), widerspricht der Bericht der psychiatrischen Dienste N._____ den medizinischen Einschätzungen und Schlussfolgerungen des estimed-Experten doch diametral. Es kommt hinzu, dass Dr. med. H._____ bei seinen Einschätzungen zum funktionellen Leistungsvermögen massgeblich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, obgleich sich die objektive Befundlage anlässlich der Begutachtung – gerade auch hinsichtlich der postulierten Schizophrenie – als (unverändert) bescheiden präsentierte (act. IIA 139.4 S. 11 f.; vgl. auch Bericht des RAD-Arztes Dr. med. E._____ vom 18. August 2016 [act. IIA 141 S. 7]). Dies folgt insbesondere aus seiner Feststellung, es gebe „eigenanamnestische Hinweise auf paranoides Erleben bzw. Verfolgungswahn sowie Beziehungswahn [...] sowie mögliche Wahnwahrnehmung (ängstlich kontrollierendes Umherblicken im Zimmer), ansonsten keine weiteren Hinweise auf Wahnerleben“ (act. IIA 139.4 S. 11). Wenn Dr. med. G._____ deshalb festhielt, trotz des formal ausführlich erhobenen Status nach AMDP sei die wesentliche Aussage des Vorliegens einer Schizophrenie nicht nachvollziehbar (Gerichtsgutachten, S. 45, 47), überzeugt dies, zumal sich der Experte ausführlich mit der Diagnose und den anderslautenden Einschätzungen im dritten MEDAS-Gutachten auseinandersetzt und diese nachvollziehbar

verwirft. Seine Einschätzung stimmt denn auch mit jener des RAD-Arztes Dr. med. E._____ überein, welcher die Diagnose einer Schizophrenie als nicht ausreichend begründet beurteilte (act. IIA 141 S. 9; 154 S. 3).

3.7.6 Schliesslich erweist sich auch die Schlussfolgerung von Dr. med. G._____, die Diagnose einer vorwiegend angstbetonten wahnhaften psychotischen Störung (ICD-10 F28) sei ebenfalls in Abrede zu stellen (Gerichtsgutachten, S. 51), als schlüssig, konnte doch während des stationären Aufenthalts in den psychiatrischen Diensten N._____ – bei im Wesentlichen gleichen Beschwerdeangaben wie in den vergangenen Jahren gegenüber den Ärzten und Gutachtern vorgebracht – keine psychische Störung diagnostiziert werden (act. IIA 131 S. 1).

3.7.7 Demnach ist – den in allen Teilen überzeugenden Einschätzungen von Dr. med. G._____ folgend – ein krankheitswertiges, psychisches Leiden und in der Folge ein invalidisierendes psychisches Leiden nicht erstellt. Bei diesem Ergebnis hat kein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 zu erfolgen (Entscheid des BGer vom 24. April 2018, 9C_184/2018, E. 3.2.4).

3.8 Zusammenfassend besteht mangels Vorliegens eines Gesundheitsschadens kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 177) ist im Ergebnis somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Mit Verfügung vom 28. Februar 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt und Notar B._____ als amtlicher Anwalt gut.

4.1.1 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.1.2 Wo zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, sind die Kosten der Begutachtung durch eine MEDAS den IV-Stellen aufzuerlegen (BGE 137 V 210 E. 4.4.2 S. 265; SVR 2017 IV Nr. 10 S. 25 E. 2.2). Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens (MEDAS-Gutachten sowie mono- und bidisziplinäre Gutachten) können der IV-Stelle nur dann überbunden werden, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das zweite MEDAS-Gutachten vom 12. April 2010 (act. II 75.2 ff.) ab (act. IIA 177 S. 2), welches – in psychiatrischer Hinsicht – die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage klarerweise nicht erfüllt (vgl. E. 3.7.3 hiervor und auch prozessleitende Verfügung vom 28. Februar 2018). Damit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, weshalb – der dargelegten höchstrichterlichen Praxis folgend – die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 6'300.-- (vgl. Rechnung von Dr. med. G._____ vom 24. August 2018) der Verwaltung zu überwälzen sind.

4.2 Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt und Notar B._____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

4.2.1 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 und der Übergangsbestimmung Ziff. 2 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

4.2.2 Mit Kostennote vom 24. Januar 2019 macht Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand von 21 Stunden geltend. Dieser ist – nachdem die Schlussverhandlung nicht wie veranschlagt eine, sondern nur knapp eine halbe Stunde gedauert hat (vgl. Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6 EMRK) – auf 20.5 Stunden zu reduzieren. Ferner betrug der massgebliche Mehrwertsteuersatz bis am 31. Dezember 2017 8% (vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 12. Juni 2009 über die Mehrwertsteuer [Mehrwertsteuergesetz, MWSTG; SR 641.20, in der bis am 31. Dezember 2017 in Kraft gestandenen Fassung); seit dem 1. Januar 2018 beläuft sich der Normalsatz auf 7.7% (Art. 25 Abs. 1 MWSTG, in der ab 1. Januar 2018 gültigen Fassung). Demnach ist der (im Übrigen nicht zu beanstandende) Aufwand pro 2017 auf 6.67 Stunden, jener pro 2018 auf 13.83 Stunden zu veranschlagen.

Demnach beziffert sich der tarifmässige Parteikostenersatz für die Zeit bis am 31. Dezember 2017 auf Fr. 1'752.95 (Fr. 1'600.80 [Honorar: 6.67 Stunden x Fr. 240.--] + Fr. 22.30 [Auslagen] + Fr. 129.85 [8% MWSt auf Fr. 1'623.10]). Für die Zeit ab 1. Januar 2018 beläuft er sich auf Fr. 3'827.65 (Fr. 3'319.20 [Honorar: 13.83 Stunden x Fr. 240.--] + Fr. 234.80 [Auslagen] + Fr. 273.65 [7.7% MWSt auf Fr. 3'554.--]). Daraus resultiert ein tarifmässiger Parteikostenersatz von insgesamt Fr. 5'580.60.

Davon ist Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse pro 2017 ein amtliches Honorar von Fr. 1'464.80 (Fr. 1'334.-- [Honorar: 6.67 Stunden x Fr. 200.--] + Fr. 22.30 [Auslagen] + Fr. 108.50 [8% MWSt auf Fr. 1'356.30]) und pro 2018 von Fr. 3'231.85 (Fr. 2'766.-- [Honorar: 13.83 Stunden x Fr. 200.--] + Fr. 234.80 [Auslagen] + Fr. 231.05 [7.7% MWSt auf Fr. 3'000.80]), insgesamt ausmachend eine Entschädigung von Fr. 4'696.65, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

4.3 Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlichrechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 61 Ingress ATSG i.V.m. Art. 104 Abs. 3 und Art. 2 Abs. 1 lit. a VRPG sowie Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes vom 23. Juni 1993 zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [EG IVG; BSG 841.21]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. med. G._____ vom 24. August 2018 in der Höhe von Fr. 6'300.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 5'580.60 (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt.

Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 4'696.65 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. 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.