

200 17 158 IV
MAW/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. April 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. Februar 2008 unter Hinweis auf Rheuma, Arthritis und Polyarthritits bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 8). Die IVB gewährte Arbeitsvermittlung, nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und liess in der C._____ eine berufliche Abklärung durchführen (AB 11, 13, 15, 17, 23, 32, 37). Nachdem die IVB dem Versicherten eine Umschulung zum ... (inklusive Kurs als ...) gewährt hatte (AB 41, 43), schloss sie das Verfahren mit Verfügung vom 1. Oktober 2009 und der Feststellung, der Versicherte sei rentenausschliessend eingegliedert, ab (AB 57). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im März 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 58). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 62, 63, 65, 66, 67.1 - 67.5, 69), wobei der Versicherte gemäss den eingeholten Arztberichten an einem Gefühl von Kraftlosigkeit (insbesondere an Händen und Armen) sowie an einer raschen Ermüdbarkeit litt.

Gestützt auf ein – zuhanden der Krankentaggeldversicherung des Versicherten, der D._____, am 27. September 2016 erstelltes – rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten der Begutachtungsstelle E._____, (MEDAS; AB 77.2 und 77.3), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2016 (AB 80) die Leistungsabweisung wegen Fehlens eines IV-relevanten Gesundheitsschadens in Aussicht.

Nachdem der Versicherte Einwand erhoben hatte (AB 81, 87), holte die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 89)

und verfügte am 12. Januar 2017, es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 92).

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 10. Februar 2017 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm Leistungen nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 70 % auszurichten. Zudem seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Eventualiter beantragt er die Rückweisung der Sache an die IVB zur weiteren Abklärung, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 28. März 2017 reichte der Beschwerdeführer neben der Kostennote seines Rechtsvertreters einen Bericht des Spitals F._____, vom 10. Februar 2017 ein und machte weitere Ausführungen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 12. Januar 2017 (AB 92). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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

2.3 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).

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).

2.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung von März 2016 (AB 58) eingetreten ist, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Der Beschwerdeführer hat eine seit dem 1. April 2010 inne gehabte Anstellung als ... gemäss Angaben der Arbeitgeberin infolge von Restrukturierungen im ... per Ende März 2016 verloren (AB 66/2, 70.3/2). Damit ist seit der letzten rechtskräftigen Verneinung des Leistungsanspruchs mit Verfügung vom 1. Oktober 2009 (AB 57) eine Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten, so dass zu prüfen ist, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, vom Neurologischen Zentrum am Spital H._____ diagnostizierte im Bericht vom 24. Februar 2016 (AB 78.2/17 f.) ein Gefühl von Kraftlosigkeit und rascher Ermüdbarkeit an Händen und Armen (beidseits) unklarer Ätiologie. Die Ur-

sache dieser Diagnose bleibe „letztlich vorerst“ unklar. In der aktuellen klinischen Untersuchung fänden sich keine neurologischen Defizite. Ebenfalls lasse sich in exemplarisch untersuchten Nerven an beiden Armen keine Affektion der Nervenstrukturen nachweisen. Auch zeigten sich keine Hinweise für eine myopathische Erkrankung. Differentialdiagnostisch könne einerseits teilbedingt eine muskuloskelettale Symptomatik diskutiert werden. Andererseits komme unter Berücksichtigung der Anamnese und der klinischen Untersuchung (Anzeichen einer „belle indifference“, sakkadierte Innervation an den Händen mit Schwächegefühlen ohne neuroanatomisch erklärbare Verteilung) auch eine somatoforme Komponente der Beschwerden in Frage.

3.2.2 Dr. med. I. _____, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte am 28. Juni 2016 (AB 78.2/4 f.) Myalgien und eine Schwäche der Hand und Unterarme, EM vor 10 Jahren. Es wurde weiter angegeben, der Beschwerdeführer leide seit dem 21. Lebensjahr an zunehmenden Beschwerden mit Schwäche vor allem der Finger und Unterarme mit diffusen und ziehenden Schmerzen sowie wiederkehrenden diffusen Schwellungen der Hände. Bei grösseren Anstrengungen bemerke er eine generelle Erschöpfung und müsse dann schlafen. Eine eigentliche Atemnot werde verneint. In den laborchemischen Abklärungen fänden sich keine Hinweise auf eine klare Myositis, eine neurologische Abklärung sei unauffällig gewesen, ebenso eine Spiroergometrie (vgl. AB 78.2/8 f.). Eine psychosomatische Komponente sei stark zu vermuten. Zudem bestehe eine Epicondylitis humeri lateralis.

3.2.3 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 23. August 2016 (AB 78.2/1 - 3) hielten die behandelnden Ärzte fest, es handle sich um eine somatoforme Störung. Anamnestisch, klinisch und paraklinisch (inkl. aktuelle Elektrophysiologie) fänden sich keine Hinweise auf eine zugrundeliegende, neurologische oder spezifische neuromuskuläre Erkrankung. Bis auf die – kooperationsbedingte – reduzierte Kraft für sämtliche Handfunktionen bei komplett erhaltener oder gar athletischer Trophik fänden sich keine weiteren Auffälligkeiten im Neurostatus, auch seien die elektrophysiologischen Untersuchungen (inkl. Abklärung für Störungen der motorischen Endplatte und Myotonien) komplett bland gewesen. Es sei hierbei anzumerken, dass

ein normaler psychiatrischer Status, wie bereits vorgängig gemäss Patient erhoben, keineswegs eine somatoforme Störung ausschliesse.

3.2.4

3.2.4.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (AB 77.2) des bidisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 27. September 2016 hielt Dr. med. J. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, bezüglich der Diagnosen fest (AB 77.2/13), es gebe keinen Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Erkrankung auf rheumatologischem Fachgebiet. Der Gutachter führte weiter aus (AB 77.2/13 f.), der Beschwerdeführer reklamiere einen seit mehr als zehn Jahren bestehenden Kraftverlust in beiden Händen, der sich im Verlauf ausweitend auf die Unterarme/Arme und den ganzen Körper ausgedehnt hätte. Er fühle sich insgesamt erheblich geschwächt und könne auch im Alltag nicht mehr ausreichend bestehen. Im Untersuchungsgang sei eine Einschränkung der Alltagsbeweglichkeit nicht schlüssig erkennbar. Spontan würden Bewegungen mit hoher Belastung auf den Greifapparat beider Hände und Arme durchgeführt. Hierbei sei ein sicherer Handeinsatz, eine dynamische Bewegungsausführung ohne Einschränkung zu beobachten. Während der formalen Untersuchung werde wiederholt ein vollständiger Kraftverlust der Greiffunktion demonstriert. Dieser sei jedoch inkonsistent sowohl im Untersuchungsgang als auch in der Beobachtung der Alltagsaktivität (An- und Entkleiden sowie Führen der Röntgenmappe und Führen des Pkw). Vier von fünf Waddell-Signs seien zudem positiv. Ein einschränkendes Krankheitsbild sei aus rheumatologischer Sicht somit nicht zu erheben. Auch aktenkundig fänden sich keine Entzündungszeichen (die bei einer entzündungsbedingten Progredienz der Symptomatik zu erwarten wären) und es sei keine somatische Erkrankung definiert worden. Auch neurologisch wie auch leistungsphysiologisch fänden sich keine Zeichen einer krankhaften Störung. Dabei bleibe anzumerken, dass auch bei einer Fahrradergometerleistung von 3.4 Watt pro kg Körpergewicht (Norm eines Untrainierten 3 Watt/kg KG) als Maximalleistung eine erhebliche Greiffunktion des Beschwerdeführers am Lenker des Ergometers erforderlich sei, um die Leistung in der Pedalkraft umsetzen zu können. Die zuletzt ausgeübte, jedwede vergleichbare oder auch eine andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes seien somit zu 100 % leist-

bar einzuschätzen (100 % Pensum, 100 % Rendement), dies per sofort geltend.

3.2.4.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 77.3) des bidisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 27. September 2016 hielt med. prakt. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu den Diagnosen fest (AB 77.3/8), es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Experte gab weiter an (AB 77.3/9 f.), der hiesige AMPD-konform erhobene psychiatrische Befund sei, bezogen auf die objektiven Kriterien, regelrecht. Subjektiv würden keine psychischen Beeinträchtigungen reklamiert. In der Gegenübertragung seien keine psychischen Beeinträchtigungen spürbar. Insbesondere seien die Achsenkriterien einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, Antriebsminderung, Insuffizienz und Schuldgefühle, Lebensmüdigkeit, akute Suizidalität) nicht zu erkennen. Auch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine psychosomatische Reaktionsbildung, zum Beispiel eine Schmerzverarbeitungsstörung oder eine funktionelle Störung: ein unverarbeiteter seelischer Konflikt sei nicht herauszuarbeiten und es fehle eine erkennbare psychische Beeinträchtigung. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung beständen bei einer insgesamt regelrechten soziobiographischen Entwicklung ebenfalls nicht. In den im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichten würden keine psychischen Beeinträchtigungen beschrieben. Es werde lediglich die Vermutung auf eine somatoforme Störung geäussert, wobei hierfür keine positiven ICD-10-Kriterien herausgearbeitet worden seien. Zusammenfassend ergebe sich somit kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

3.2.5 Der Rheumatologe Dr. med. I._____ gab am 10. Oktober 2016 (AB 81/3) an, in breiten Abklärungen habe keine rein somatische Ursache im Sinne einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung gefunden werden können. Myofasziale Beschwerden seien aber sicherlich vorhanden im Sinne eines Tennis-Ellbogens bzw. einer Ansatzentendinose so auch im MRI radiologisch dokumentiert. Eine psychische Ursache/Mitursache müsse stark vermutet werden.

3.2.6 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 22. November 2016 (AB 87/6 f.) diagnostizierte Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein funktionelles somatisches Syndrom mit/bei Schmerzen und neurofunktionellem Ausfallsyndrom im Bereich beider Hände sowie chronischem Erschöpfungssyndrom. Dr. med. L. _____ hielt fest, in der psychosozialen Anamnese fänden sich Hinweise, welche die Erschöpfungssymptomatik als Folge einer chronischen Verausgabung und übersteigerten Aktivität verstehen liessen. Mit seiner Hyperaktivität habe der Beschwerdeführer über lange Zeit sein inneres Gleichgewicht aufrechterhalten können. Momentan lasse sein Körper jedoch diese Aktivitäten nicht mehr zu und entsprechend verspüre der Beschwerdeführer auch eine stetige innere Unruhe und Angespanntheit mit dem Gefühl, sich nie erholen zu können.

3.2.7 Dr. med. L. _____ führte im Bericht des Spitals F. _____ vom 10. Februar 2017 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB] 3), als Diagnosen (inkl. Verdachtsdiagnosen) eine somatoforme Schmerzstörung und ein neurofunktionelles Ausfallsyndrom im Bereich der Hände bds. sowie ein chronisches Erschöpfungssyndrom auf. Dr. med. L. _____ hielt fest, die aktuelle Arbeitsfähigkeit betrage 20 - 25 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beziehe sich insbesondere auf die verminderte Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer müsse die Arbeitsbelastung und -geschwindigkeit den körperlichen Möglichkeiten anpassen und brauche immer wieder Pausen. Zum MEDAS-Gutachten vom 27. September 2016 wurde angegeben, auf die Diagnose „Somatoforme Störung“ werde nicht eingegangen. Dieser Diagnose lägen zentralnervöse Veränderungen zu Grunde, die im Gutachten nicht abgeklärt worden seien. Ebenso bestünden anamnestisch Hinweise auf ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS), das bisher nie abgeklärt und im Gutachten nicht in Betracht gezogen worden sei.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht auf das rheumatologisch-psychiatrische MEDAS-Gutachten vom

27. September 2016 (AB 77.2 und 77.3). In Bezug auf dieses Gutachten macht der Beschwerdeführer geltend (Beschwerde S. 4 Ziff. 4), es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die unverträglich nahe zur Assekuranz stehende MEDAS unvoreingenommen, unabhängig oder objektiv eine Beurteilung abgebe. Der Institutsleiter, Prof. Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, welcher massgeblich wirtschaftlich am Institut beteiligt sei und jedes Gutachten visiere und genehmige, habe sich der Assekuranz gemäss dem sich in den Verfahrensakten befindenden Schreiben vom 2. Juni 2014 in unverträglicher Weise angedient. In der Zwischenzeit hätten verschiedene kantonale Gerichte (Versicherungsgericht des Kantons ..., Kantonsgericht ...) erkannt, dass das MEDAS massgeblich und unvereinbar mit der Assekuranz verbunden sei.

4.2 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).

Abgesehen von ganz ausserordentlichen Fällen können nur die für eine Behörde bzw. eine Medizinische Abklärungsstelle nach Art. 72^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) tätigen Personen, nicht aber die Behörde als solche befangen sein (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 3.3). Ausstandsbegehren gegen sämtliche Mitglieder einer Medizinischen Abklärungsstelle sind nur zulässig, wenn gegen jedes einzelne Mitglied spezifische Ausstandsgründe geltend gemacht werden, die über die Kritik hinausgehen, die Behörde als solche sei befangen (SVR 2013 IV Nr. 30 S. 89 E. 5.2.2).

4.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers führen weder die allgemeine Kritik an der Gutachterstelle noch das Berufen auf die diesbezüglichen Entscheide kantonaler Versicherungsgerichte (AB 87/10 - 16) dazu, dass auf die bidisziplinäre Begutachtung vom 27. September 2016 nicht abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer bringt keine Verdachtsgründe und schon gar keine konkreten Hinweise vor, dass sowohl der rheumatologische als auch der psychiatrische Gutachter ihm gegenü-

ber voreingenommen gewesen wären. Was den MEDAS-Institutsleiter Prof. Dr. med. M._____ betrifft, ist zu erwähnen, dass dieser den Beschwerdeführer in keinem Fachbereich begutachtet, sondern nur unterschriftlich bestätigt hat, die beiden MEDAS-Teilgutachten geprüft und sich darüber ein eigenes Urteil gebildet zu haben (AB 77.2/17 und 77.3/12). Der Umstand, dass Prof. Dr. med. M._____ eine Einladung vom XX.XX.20XX (AB 87/8 f.) zu einer Vortragsveranstaltung der MEDAS zum Thema „...“ vom XX.XX.20XX unterzeichnet hat, führt nicht zur Unverwertbarkeit des MEDAS-Gutachtens infolge Voreingenommenheit (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom XX.XX.20XX, 8C_XXX/20XX, E. 4.1 und 4.2). Dafür, dass die Abklärungsergebnisse durch Prof. Dr. med. M._____ verfälscht worden wären, gibt es keine konkreten Hinweise.

4.4 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor (Beschwerde S. 3 Ziff. 2, S. 5 Ziff. 4 und S. 8 Ziff. 6), das MEDAS-Gutachten vom 27. September 2016 sei vom involvierten Krankentaggeldversicherer nach VVG-Standard erhoben worden. Der Beschwerdeführer habe sich weder zu den Gutachtern, noch zum Fragenkatalog oder zum weiteren Inhalt des Gutachtens äussern können. Es handle sich somit um eine reine Parteibehauptung im Rahmen eines Zivilverfahrens.

4.5 Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung verlangt eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), unabhängig von ihrer Herkunft und ohne Bindung an förmliche Beweisregeln (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.1 S. 248; Entscheid des BGer vom 18. Januar 2017, 9C_481/2016 E. 2.2).

Der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweiswert im Verfahren betreffend Prüfung eines Rentenanspruchs gemäss IVG (Entscheid des BGer vom 1. Juli 2016, 8C_71/2016, E. 5.2). Solchen vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (BGer 9C_481/2016, E. 2.2, und BGer 8C_71/2016, E. 5.3). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens

entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Dass vorliegend keine solchen Zweifel gegeben sind, zeigen die nachfolgenden Ausführungen.

4.6 Die bidisziplinäre MEDAS-Begutachtung vom 27. September 2016 (AB 77.2 und 77.3) wurde sorgfältig und in umfassender Berücksichtigung der bis zu diesem Zeitpunkt (Untersuchungszeitpunkt: 9. August 2016 [AB 77.2/1 und 77.3/1]) vorhandenen Arztberichte vorgenommen. Dabei ist es nichts als sachlogisch, dass später verfasste Berichte nicht in die Beurteilung der Gutachter eingeflossen sind (vgl. die diesbezüglichen Einwände in der Beschwerde S. 4 Ziff. 3 und S. 6 Ziff. 5). Sodann stimmt das Ergebnis der Begutachtung im somatischen Bereich mit allen Arztberichten insofern überein, als auch dort keine Diagnosen nach einem Klassifizierungssystem gestellt werden konnten. So berichtete der Neurologe Dr. med. G._____ von einem Gefühl von Kraftlosigkeit und rascher Ermüdbarkeit an Händen und Armen unklarer Ätiologie (AB 78.2/17) und der Rheumatologe Dr. med. I._____ gab eine schwer fassbare Schwäche und schmerzende Hand- und Fingergelenke (AB 78.2/16) bzw. zunehmende Beschwerden mit Schwäche vor allem der Finger und Unterarme mit diffusen und ziehenden Schmerzen sowie wiederkehrenden diffusen Schwellungen der Hände (AB 78.2/4) an.

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Bericht des Spitals F._____ vom 23. August 2016 (AB 78.2/1 - 3) beruft (Beschwerde S. 6 Ziff. 5) und geltend macht, er leide an einer somatoformen Schmerzstörung, ist festzuhalten, dass keine Hinweise auf eine neurologische bzw. neuromuskuläre Erkrankung gefunden werden konnten, weshalb die Neurologen – als Nichtpsychiater fachfremd – darauf schlossen, es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, eine Diagnose, die der psychiatrische MEDAS-Gutachter ausdrücklich und einleuchtend verworfen hat (vgl. AB 77.3/10). Daran ändert der zusammen mit der Kostennote eingereichte Bericht von Dr. med. L._____ vom Spital F._____ vom 10. Februar 2017 (BB 3) nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers, zumal

die „somatoforme Störung“ bloss noch als Verdachtsdiagnose aufgeführt ist und, wie oben dargestellt, der psychiatrische Gutachter – entgegen der Ausführung von Dr. med. L. _____ – sehr wohl auf die Diagnose „somatoforme Störung“ eingegangen ist.

Folglich bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vom 27. September 2016. Insbesondere erfüllt die Expertise die an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.3 hiervor), da sie – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet sie in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Das Gutachten ist somit voll beweiskräftig.

4.7 Schliesslich ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vortragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287, 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2). Solches ist im MEDAS-Gutachten beschrieben. So zeigte der Beschwerdeführer während der formalen (rheumatologischen) Untersuchung keine Kraftentwicklung bei der Prüfung der Handkraft und das plötzliche Fallenlassen eines Papierblattes einerseits (AB 77.2/9 und 14) und einen normalen Händedruck, das Tragen eines schweren Röntgendossiers, problemloses An- und Ausziehen der Kleider sowie das Öffnen diverser Türen andererseits (AB 77.2/6). Weiter waren vier der fünf Waddell-Zeichen positiv (AB 77.2/11 f.), was laut RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für ein dysfunktionales Verhalten in der Untersuchungssituation ohne

Krankheitswert spreche (AB 89/2). Sodann deutet der eher athletische Habitus mit kräftig ausgeprägter Rumpfmuskulatur (AB 77.2/7) auf eine nicht unwesentliche Aktivität im Alltag hin. Schliesslich hat der rheumatologische Gutachter explizit festgehalten, es hätten sich deutliche Zeichen der bewusstseinsnahen Beschwerdedemonstration gefunden (AB 77.2/16).

4.8 Da nach dem Dargelegten der vom Beschwerdeführer geltend gemachte invalidisierende Gesundheitsschaden nicht nachgewiesen ist, ist die Beschwerde abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (inkl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. März 2017 samt Bericht Spitals F. _____ vom 10. Februar 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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