

200 17 210 IV
KOJ/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Juli 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. Juni 2005 unter Hinweis auf Tinnitus auf beiden Ohren, Schmerzen an Beinen sowie Händen und Armen, starke Muskelverspannungen, starke Rückenbeschwerden, Müdigkeit sowie Konzentrationsschwäche erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, rheumatologisch, psychosomatisch, neuropsychologisch sowie neurologisch) ein (MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2006; AB 25; ergänzend AB 38 und 40). Mit Verfügung vom 1. Mai 2007 (AB 47) wies sie das Leistungsbegehren ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 3. September 2007 (VGE IV 68228; AB 51) ab. Das danach angerufene Bundesgericht wies die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen zum Valideneinkommen an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern zurück (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. April 2008, 8C_611/2007; AB 57). Dieses wies die Beschwerde mit Entscheid vom 8. Dezember 2008 ab (VGE IV 69373; AB 72).

B.

Am 27. September 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Müdigkeit, Konzentrationsschwäche sowie fortlaufende Beeinträchtigung der Muskulatur des Körpers erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 74). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen durch. Insbesondere liess sie den Versicherten in der Klinik C. _____ (AB 97 ff.; 100) und beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 113) untersuchen. Mit Vorbescheid vom 9. Oktober 2015 (AB 124; vgl. auch AB 120) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels einer Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen in Aussicht. Hiergegen erhob der

Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (AB 127; 129). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 131) liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 3. November 2016; AB 141.1). Mit Vorbescheid vom 24. November 2016 (AB 142) stellte sie wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens mangels einer massgeblichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 145). Mit Verfügung vom 25. Januar 2017 (AB 148) wies die IVB dem Vorbescheid entsprechend das Rentenbegehren ab.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 24. Februar 2017 Beschwerde und beantragte Folgendes:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. Januar 2017 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei ab März 2014 eine halbe Invalidenrente auszurichten.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme eines Einkommensvergleichs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

-Unter Kosten- und Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 28. März 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Januar 2017 (AB 148). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Stan-

Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der

Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 1. Mai 2007 (AB 47) und der hier angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2017 (AB 148) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervoor).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 1. Mai 2007 (AB 47) auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Juli 2006 (AB 25; 38 und

40). Die Gutachter diagnostizierten chronische Myalgien, Arthralgien sowie eine Leistungsintoleranz unklarer Ätiologie (AB 25 S. 12; AB 51 S. 9). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei für leichte Arbeit wie im angestammten Bereich als Aussendienstmitarbeiter zu 80% arbeitsfähig. Die 20%ige Arbeitsunfähigkeit erachteten die Gutachter als durch die Schmerzproblematik bedingt (AB 51 S. 11; 40 S. 1). Die Diagnosen und das Zumutbarkeitsprofil wurden vom Bundesgericht bestätigt (BGer 8C_611/2007 E. 4; AB 57 S. 4 f.) und vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern denn auch so übernommen (VGE IV 69373 E. 3.1; AB 72 S. 6 f.).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2017 (AB 148) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Bericht vom 21. Dezember 2011 (AB 82) diagnostizierte Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, insbesondere eine unklare chronische Schmerzproblematik (S. 4). Die Einschränkungen bezüglich Mobilität und ausdauernder körperlicher Leistung seien erheblich. Die Belastungsgrenze sei nach $\frac{3}{4}$ bis einer Stunde normalem Gehen erreicht. Dies stehe in grossem Kontrast zu den körperlichen Aktivitäten, zu denen der Beschwerdeführer früher fähig gewesen sei. Übereinstimmend mit dem Beschwerdeführer selbst werde die aktuelle Arbeitsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit (kleine Einheiten, selbständiges Einteilen der Arbeit) bei 20-30% eingestuft (S. 5).

3.3.2 Der Beschwerdeführer war zwischen Februar 2012 und September 2013 mehrfach bei Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, in der Sprechstunde (AB 79 S. 1 ff.). Der Facharzt führte aus, nachdem die Steigerung der Chinidin-Dosis zu keiner Änderung der Symptomatik geführt habe, sei im Juli 2013 mit Tambocor begonnen worden, nach einer langsamen Steigerung zu 2 x 150 mg seien die Krämpfe deutlich besser geworden, sie seien gemäss dem Beschwerdeführer zu 99% weg. Die Beine würden nicht mehr so hart beim Strecken nach einer Belastung, auch im Bereich des Thorax und der Atemmuskulatur. Auch die Probleme beim Essen mit den Verkrampfungen im Hals und Thorax und Darmentleerung mit der Verkrampfung im After seien verschwunden. Nach einer längeren Gehstrecke komme es aber immer noch zu einem Gefühl der Spannung

wie eingeklemmt in den Beinmuskeln, gefolgt von Schmerzen ohne Schwäche (S. 2). Weiter führte der Facharzt aus, er sei weiterhin der Auffassung, dass eine muskuläre Krankheit vorhanden sei, welche aber schwierig zu diagnostizieren bleibe. Dafür spreche, dass in der Elektromyografie eine abnorme Spontanaktivität des Muskels nachgewiesen worden sei sowie dass auf der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten nun eine medikamentöse Therapie gefunden worden sei, welche die Symptomatik beeinflusse. Aus diesen Gründen und weil die Symptomatik sich insgesamt verstärkt habe würde er empfehlen, bei der IV erneut einen Antrag auf Rente zu überprüfen (S. 1).

3.3.3 Im Bericht vom 18. November 2013 (AB 83) diagnostizierte die RAD-Ärztin, Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie, unklare chronische Myalgien und Arthralgien (S. 2). Gestützt auf die Berichte von Dr. med. E.____ (AB 82) und Prof. Dr. med. F.____ (AB 79) führte sie aus, die beiden Ärzte sprächen von einer Zunahme der Symptome, insofern sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes anzunehmen. Zur Arbeitsfähigkeit könne derzeit bei noch fehlenden Berichten keine Stellung bezogen werden. Sinnvoll sei, einen aktuellen Bericht der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin einzuholen, wie auch Prof. Dr. med. F.____ zu bitten, neue Erkenntnisse mitzuteilen, ferner den Hausarzt um Berichte zu bitten, insbesondere zur psychiatrischen Symptomatik und Berichte über die Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms (S. 3).

3.3.4 Im Bericht vom 26. November 2013 (AB 85 S. 1 ff.) diagnostizierte die Hausärztin, Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine depressive Episode sowie chronische Muskelschmerzen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Zurzeit finde keine psychiatrische Behandlung statt (S. 1). Sie halte eine ergänzende medizinische Abklärung bei Prof. Dr. med. F.____ für angezeigt (S. 2).

3.3.5 Im Bericht vom 23. Dezember 2013 (AB 87) führte Prof. Dr. med. F.____ aus, die Beschwerden hätten weiter zugenommen, mit Verkrampfungen, die teilweise auf Tambocor ansprächen. Muskelschmerzen seien vor allem bei Belastung wieder stärker. Thoraxschmerzen in der Tiefe

beständen weiterhin (S. 2). Im Moment bestehe keine Arbeitsfähigkeit für Arbeiten mit körperlichen Tätigkeiten, aber auch keine für Arbeiten im Sitzen oder Stehen (S. 3).

3.3.6 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 11. August 2014 (AB 100) diagnostizierten die Ärzte chronische belastungsabhängige Myalgien und Arthralgien unklarer Aetiologie, eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, ein mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom, eine Steatohepatopathie sowie ein metabolisches Syndrom (S. 1). Sie führten aus, in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine neuromuskuläre Erkrankung ergeben. Ebenfalls in einer elektroneuromyographischen Kontrolle habe sich neurographisch ein Normalbefund ergeben. Die Myographie sei vom Beschwerdeführer vorzeitig abgebrochen worden. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sich jedoch keine Spontanaktivität gefunden (S. 2).

3.3.7 Im Untersuchungsbericht vom 2. April 2015 (AB 113) diagnostizierte die RAD-Ärztin, Dr. med. G. _____, chronische belastungsabhängige Myalgien unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch im Rahmen einer chronischen Schmerzproblematik (S. 4). Sie führte aus, ein neurologisches Defizit sei nicht feststellbar gewesen. Auch habe keine Zusatzsymptomatik bei Aktivitäten, welche diese Symptome auslösen würden, beobachtet werden können. Andererseits seien in grossem Masse einschränkende Symptome beschrieben worden, was medizinisch schlecht nachvollziehbar sei. Rein aufgrund des klinischen Befundes könne sie die Beurteilung der MEDAS und später des Spitals I. _____ deutlich besser nachvollziehen, als die Beurteilung durch Prof. Dr. med. F. _____ (S. 5). Bei ausstehenden Befunden (Muskelbiopsie und Labor) könne dieses Dossier nicht abschliessend beurteilt werden (S. 6).

3.3.8 Im Bericht vom 19. Mai 2015 (AB 119) diagnostizierte Dr. med. G. _____ nach Kenntnisnahme des Muskelbiopsiefundes (AB 114) und verschiedener Laborwerte (AB 117) chronische belastungsabhängige Myalgien ohne organisches Korrelat, differentialdiagnostisch im Rahmen einer chronischen Schmerzproblematik. Das Zumutbarkeitsprofil entspreche unverändert demjenigen gemäss MEDAS-Gutachten von 2006 (AB

40). Leichte körperliche Arbeiten, wie im angestammten Beruf als ..., seien zu 80% zumutbar (S. 2).

3.3.9 Im Bericht vom 16. November 2015 (AB 129 S. 3 ff.) führte Prof. Dr. med. F. _____ aus, die Myalgien, die muskuläre Leistungsintoleranz, die Muskelsteifigkeit und die Muskelschwäche mit einer recht schweren Attacke sprächen für eine Myopathie. Der lange Verlauf mit langsamer Verschlimmerung sei durchaus typisch für eine solche, wie auch die Elemente der Familienanamnese, die für eine hereditäre Ursache sprechen könnten. Es lägen auch Befunde von Zusatzuntersuchungen vor, die im Rahmen einer Myopathie gut erklärt werden könnten, wie die grenzwertigen Creatinkinasewerte, Veränderungen der Muskelmorphologie im MRI und grenzwertig in der letzten Muskelbiopsie, auch wenn diese eine Myopathie nicht beweisen könnten (S. 5). Das Fehlen eines Beweises der Myopathie beziehungsweise das Fehlen der genauen Ätiologie einer solchen lasse aber nicht den Schluss zu, dass keine solche vorliegen würde. Einerseits müssten die Grenzen unserer Erkenntnisse wahrgenommen werden, es seien viele molekulare Vorgänge im Muskel vorhanden, die potentiell gestört werden könnten und noch nicht als solche in pathologischen Zuständen erkannt worden seien. Wichtig sei auch zu beachten, dass keine andere Erklärung für die Muskelbeschwerden habe vorgelegt werden können (S. 6).

3.3.10 Im psychiatrischen Gutachten vom 3. November 2016 (AB 141.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____ eine sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8) sowie differentialdiagnostisch eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0; S. 23 und 26). Er führte aus, beim Beschwerdeführer zeige sich eine komplexe Schmerzsymptomatik im Bereich der Extremitäten und des Zwerchfell-/Bauchbereichs mit einhergehender Leistungsintoleranz und weiteren körperlichen Funktionseinschränkungen in Form von unter anderem Schluckbeschwerden, einem Tinnitus beidseits und Kribbeldysaesthesien im Kopfbereich. Diese Symptomatik sei im Jahr 2003 exazerbiert und habe sich nach Aktenlage und in der Wahrnehmung des Beschwerdeführers seither persistierend und vom Beschwerdeausmass her langsam progredient gezeigt. Die Beschwerdesymptomatik habe sich bis dato trotz umfangreichster medizinisch-diagnostischer Abklärungen diverser somatischer

Fachrichtungen während der vergangenen Jahre keiner konklusiven, diagnostisch eindeutigen organischen Erkrankung zuordnen lassen (S. 20). Werde die Symptomatik aus psychiatrischer Sicht betrachtet, lasse sich Folgendes feststellen: Mit Beginn im 20. Lebensjahr sei es zu wiederholten und multiplen körperlichen Symptomen und Einschränkungen gekommen, die trotz umfangreicher medizinischer Untersuchungen konklusiv keiner organischen Ursache hätten zugeordnet werden können und beim Beschwerdeführer eine beträchtliche Einschränkung seiner sozialen Funktions- und Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2003 nachsichgezogen habe. Unter Vorbehalt einer noch unbekanntes resp. noch nicht diagnostizierbaren organischen Erkrankung lasse sich diese Symptomatik gut in Einklang bringen mit einer Erkrankung aus dem Spektrum der somatoformen Störungen: Charakteristisch hierfür sei die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse resp. dass, sofern somatische Störungen und Befunde vorhanden seien, diese nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Beschwerdeführers erklären könnten. Die innerliche Beteiligung im Sinne einer äusserlich wahrnehmbaren Belastung und eines Leidensdrucks der Betroffenen sei im Fall des Beschwerdeführers in vergleichsweise moderater Ausprägung vorhanden im Vergleich zur beschriebenen Intensität seiner Beschwerden (Schmerzen mehrheitlich bei VAS 7 bis 8 von 10). Dieser Umstand erbringe ihm unter anderem aus seinem sozialen Umfeld viel Zuspruch und Anerkennung. Auch die Fixierung des Beschwerdeführers auf eine somatische Genese seiner Beschwerden mit, vorsichtig formuliert, eher skeptischer Haltung gegenüber psychologischen Erklärungsansätzen seiner Beschwerden, sei typisch für somatoforme Störungen (S. 21). Die vorhandenen körperlichen Symptome könnten also bei fehlendem oder ungenügend erklärendem Anhalt für eine körperliche Ursache einer sogenannten „Somatisierung“ zugeordnet werden und seien, nach gängiger Lehrmeinung, unter anderem als nichtspezifische Verstärkung einer Stresswahrnehmung vom Betroffenen interpretierbar. Häufig zeige sich, wie auch beim Beschwerdeführer, eine initiale körperliche Problematik, die jedoch im Verlauf einer deutlichen Symptom- und Beschwerdeausschweitung unterliege und in andere, zuvor nicht betroffene Körperregionen und Empfindungsbereiche vordringe (S. 21). Der Gutachter führte wei-

ter aus, aus seiner Sicht sei es nicht nachvollziehbar, dass die diagnostische Einordnung der Problematik des Beschwerdeführers zu einer somatoformen Störung nicht einmal differentialdiagnostisch im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2005/2006 im Erwägung gezogen worden sei. Die Symptomatik des Beschwerdeführers sei aufgrund des jahrelangen chronifizierten Verlaufs, der angegebenen Symptomschwere und den damit verbundenen psychosozialen Auswirkungen gesamthaft als mittelgradig bis schwer einzustufen, wobei eine gewisse Diskrepanz zwischen angegebenem Schmerzerleben und objektivierbarem Befund respektive der zu erwartenden Einschränkungen bestehe (S. 23).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, anhand der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde und verifizierbaren Einschränkungen und unter Einbezug aller bisherigen Untersuchungen und Beurteilungen werde bei Annahme eines Status quo in Bezug auf die Symptombelastung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... im Ausmass von 50% angenommen. Dies gelte unter der Annahme, dass der Beschwerdeführer Beratungsgespräche im zeitlichen Rahmen von bis zu zwei bis drei Stunden ohne Unterbrechung durchführen könne mit nachfolgender Möglichkeit zur Pause und ohne die Notwendigkeit, längere über 45 Minuten hinausgehende Gehstrecken ohne Unterbrechung zum Erreichen eines Beratungsortes zurücklegen zu müssen. Ob dieses Ausmass der Einschränkung seit Anbeginn der Symptomexazerbation im Jahr 2003/2004 bestanden habe, könne retrospektiv aufgrund der vorliegenden heterogenen Beurteilungen mit Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht sicher beurteilt werden (S. 30). Die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit betreffend die Restarbeitsfähigkeit gälten im Grundsatz auch für eine Verweistätigkeit (S. 31).

3.3.11 Prof. Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 7. Januar 2017 (AB 147) bezugnehmend auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ (AB 141.1) aus, der Gutachter gehe eingehend auf die frühere Geschichte und die aktuellen Symptome ein und die Darstellung decke sich mit seinen eigenen Kenntnissen. Es fehlten lediglich gewisse Elemente der spezifischen und reproduzierbaren Antworten von verschiedenen Aspekten der Symptomatik auf nicht-psychotrope Medikamente verschiedener Klas-

sen. Der Psychiater nehme aber eine andere diagnostische Betrachtung auf als er. In der Tat habe bis jetzt eine sogenannte somatische Diagnose nicht restlos bewiesen werden können. Gerade seltene Muskelkrankheiten könnten manchmal noch nicht auf molekularer Ebene diagnostiziert werden (S. 2). Aus diesen Gründen könne eine somatoforme Störung nicht bloss wegen einer fehlenden somatischen Diagnose angenommen werden. Es müssten eher psychiatrische Befunde herangezogen werden, um eine solche Diagnose positiv stellen zu können. Offenbar habe der Psychiater in der gesamtheitlichen Abwägung sich entschieden, von einer „sonstigen somatoformen Störung“ auszugehen, wobei er dann wiederum nicht ganz sicher gewesen sei und noch von einer Neurasthenie als weiterer Möglichkeit spreche (S. 3).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5

3.5.1 Was den somatischen Gesundheitszustand betrifft, ist aufgrund der medizinischen Akten von normalen Befunden auszugehen. Die Ärzte des Spitals I. _____ haben schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass keine Hinweise auf eine neuromuskuläre Erkrankung bestehen (AB 100 S. 2). Auch der Muskelbiopsiebefund des Spitals J. _____ ergab keine Hinweise auf eine Myopathie bzw. metabolische Störung (AB 114). Ebenso konnte die RAD-Ärztin in der Untersuchung kein neurologisches Defizit feststellen (AB 113 S. 5). Darauf ist abzustellen.

3.5.2 Nicht abzustellen ist demgegenüber auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. F. _____, wonach die Symptome des Beschwerdeführers für eine Myopathie sprächen (AB 129 S. 5). Zum einen hält er selber fest, dass das Vorliegen einer Myopathie nicht bewiesen sei (AB 147 S. 2) und gibt selber zu erkennen, dass es sich bei seiner Diagnose lediglich um eine hypothetische Variante handelt, wenn er darauf hinweist, es müssten „die Grenzen unserer Erkenntnisse wahrgenommen werden“ (AB 129 S. 6). Die blosse Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer an einer Myopathie leidet, genügt den Beweisanforderungen des Sozialversicherungsrechts, welches grundsätzlich den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorsieht, nicht. Zum anderen sind die Ausführungen von Prof. Dr. med. F. _____ auch nicht frei von Widersprüchen. So beschrieb er im Sprechstundenbericht vom 26. August 2013 nach dem Beginn der Einnahme des Medikamentes Tambocor eine 99%ige Reduktion der Krämpfe und eine Schmerzzunahme (lediglich) bei längeren Gehstrecken (AB 79 S. 2), hielt aber einige Wochen später fest, die Symptomatik habe sich insgesamt verstärkt (AB 79 S. 1).

3.6

3.6.1 Betreffend den psychischen Gesundheitszustand ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 3. November 2016 (AB 141.1) abzustellen. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf einer umfassenden Untersuchung, berücksichtigt die beklagten

Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insoweit kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu, zumal die dortigen Feststellungen zu Recht allseits unbestritten sind. Der Gutachter hat nachvollziehbar und plausibel dargelegt, weshalb er mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8) diagnostiziert hat (AB 141.1 S. 23 und 26) und dass der Beschwerdeführer deshalb im angestammten Beruf als ... wie auch in einer Verweistätigkeit zu 50% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (AB 141 S. 30 f.).

3.6.2 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, mit dieser neuen Diagnose liege eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen bzw. eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vor (Beschwerde S. 8 ff.), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn praxisgemäss stellen weder eine hinzugetretene bzw. neue Diagnose noch eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit per se einen Revisionsgrund dar (Entscheid des BGer vom 25. April 2016, 9C_894/2015, E. 5.1). Entscheidend ist auch bei einer anderen Diagnosestellung vielmehr, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruch relevanter Weise geändert haben. Eine andere Diagnose ist nur revisionsrelevant, wenn die veränderten Umstände den Rentenanspruch zu berühren vermögen (BGE 141 V 9 E. 3.2 und 5.2 S. 11 f.). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Nach der überzeugend begründeten Einschätzung der RAD-Ärztin, auf welche abzustellen ist, ist ungeachtet der angepassten Diagnose grundsätzlich von einem unveränderten Zumutbarkeitsprofil bzw. einer 80%igen Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten auszugehen (AB 119 S. 2). Daran ändert nichts, dass gemäss dem psychiatrischen Gutachten lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben ist (AB 141.1 S. 30 f.), weil, wie nachfolgend dargelegt, die somatoforme Störung nicht invalidisierend ist:

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur dann als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.2.3 S. 299). Gemäss den unbestrittenen und durch die Akten gestützten

Angaben des Gutachters hat der Beschwerdeführer bisher keine genügenden therapeutischen Massnahmen unternommen, insbesondere hat er sich keiner regelmässigen psychiatrisch-therapeutischen Behandlung unterzogen (AB 141.1 S. 26 ff. Ziff. 10.1 – 10.3 und 11.4). Gemäss eigenen Aussagen habe er in den vergangenen Jahren nur vereinzelt Hilfe beim Psychiater gebraucht (AB 141.1 S. 8). Medizinische Befunde oder Berichte zu Sitzungsanzahl und therapeutischen Massnahmen liegen keine vor (AB 141.1 S. 13 Ziff. 4.9). Der Gutachter hat mehrfach darauf verwiesen, dass der Beschwerdeführer auf eine somatische Genese seiner Beschwerden fixiert ist und eher skeptisch ist gegenüber psychologischen Erklärungsansätzen (AB 141.1 S. 20 Ziff. 6.1; S. 21 Ziff. 6.2). Soweit der Beschwerdeführer keine Motivation für eine psychiatrisch-therapeutische Behandlung zeigt und offenbar Mühe hat, sich auf einen der psychosomatischen Problematik entsprechenden Behandlungsansatz einzulassen, ist diese subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers nicht massgebend und auch unter dem Aspekt der Schadenminderungspflicht nicht zu schützen. Eine Beschwerderesistenz, bei welcher es sich um einen wichtigen Schweregradindikator handelt (BGE 141 V 281 E. 4.3.2.3 S. 299), ist damit nicht erstellt. Daraus folgt, dass die somatoforme Störung rechtlich nicht invalidisierend und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit von 50% (AB 141.1 S. 30 f.) für die Invaliditätsbemessung unbeachtlich ist. Unter diesen Umständen offen bleiben kann die Relevanz der vom Gutachter bei der Einschätzung der Schwere der Symptomatik mitberücksichtigten psychosozialen Auswirkungen (AB 141.1 S. 23), welche ebenfalls gegen einen invalidisierenden Charakter des psychischen Geschehens sprechen.

3.7 Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

3.8 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers verneint. Damit bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs. Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- 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.