

200 17 463 IV
FUR/BRM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. März 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A. _____ meldete sich erstmals im November 2011 bei der IV-Stelle Bern (IVB) für Berufliche Integration/Rente an; als gesundheitliche Beeinträchtigung gab er einen Status nach Mikrodiskektomie LWK 4/5 links im Juni 2011 bei Diskushernie sowie eine koronare Herzkrankheit (KHK) mit Status nach STEMI-Infarkt im Juli 2008 an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB holte erwerbliche (act. II 15, 18, 19.1, 19.2) und medizinische (act. II 16, 26, 34) Unterlagen ein und führte am 13. Dezember 2011 ein Erstgespräch mit dem Versicherten durch (act. II 25). Anhand dieser Unterlagen definierte der RAD-Arzt Dr. med. C. _____, FMH Innere Medizin, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Tropenmedizin und Reisemedizin, in seinem Bericht vom 8. August 2012 ein Zumutbarkeitsprofil (act. II 37, 39).

Gestützt hierauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 21. August 2012 die Ausrichtung einer vom 1. Mai bis 31. Oktober 2012 befristete Dreiviertelsrente in Aussicht (act. II 40) und verfügte am 18. Dezember 2012 dementsprechend (act. II 50), nachdem die mit den Eingaben vom 27. August (act. II 41) und 13. September 2012 (act. II 44) in Aussicht gestellten medizinischen Unterlagen nicht eingegangen waren. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 21. März 2013 leistete die IVB Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle D. _____ in der Zeit vom 2. April bis 30. Juni 2013 (act. II 54); hierüber wurde am 5. Juli 2013 Bericht erstattet (act. II 63). Vom 18. November 2013 bis 18. Mai 2014 absolvierte der Versicherte zu Lasten der Invalidenversicherung ein Arbeitstraining in der gleichen Institution (act. II 75, 79, 80, 86) und die IVB gewährte ihm in der Folge Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 85); letztere wurde mit Verfügung vom 12. Mai 2015 abgeschlossen (act. II 91).

B.

Am 22. November 2015 meldete sich der Versicherte erneut für Berufliche Integration/Rente bei der IVB an (act. II 92). Die IVB holte einen aktualisierten Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 99) sowie medizinische Berichte (act. II 106, 107) und die Unterlagen der Krankenversicherung E._____, welche aufgrund der seit 25. August 2014 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit Leistungen aus der Taggeldversicherung nach VVG erbracht hatte (act. II 109.1-109.3, 110.1-110.2), ein. Hierzu liess sie den RAD-Arzt Dr. med. C._____ Stellung nehmen; in seinem Bericht vom 21. Juni 2016 hielt er fest, dass sich seit der letzten Verfügung vom 18. Dezember 2012 – ausser einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 25. August 2014 bis spätestens 31. Januar 2015 wegen eines Sturzes vom Velo mit Commotio – keine objektiv anhaltende gesundheitliche Verschlechterung eingestellt habe und das seinerzeit definierte Zumutbarkeitsprofil immer noch Gültigkeit habe (act. II 113).

Mit Vorbescheid vom 29. Juni 2016 kündigte die IVB dem Versicherten an, dass das Leistungsbegehren aufgrund des ermittelten Invaliditätsgrades von 32% abgewiesen werde (act. II 115). Auf hiergegen vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 19. August 2016 erhobenen Einwand hin (act. II 121), ordnete die IVB auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. C._____ (act. II 124) eine bisdisziplinäre Begutachtung unter Beteiligung der Fachgebiete Rheumatologie und Psychiatrie an (act. II 126). Die beiden Teilgutachten – samt Ergebnis der am 13. Januar 2017 durchgeführten Konsensbesprechung – wurden am 17. Januar 2017 erstattet (act. II 135.1 und 136.1).

Daraufhin erliess die IVB am 26. Januar 2017 einen neuen Vorbescheid (act. II 137), letztlich gleichen Inhalts wie derjenige vom 29. Juni 2016. Mit Einwand vom 1. März 2017 lässt der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B._____, die Zusprechung einer Invalidenrente in gesetzlicher Höhe, rückwirkend seit wann rechtens, beantragen; eventualiter seien die weiteren notwendigen fachärztlichen Abklärungen vorzunehmen und anschliessend sei über den Leistungsanspruch neu zu entscheiden (act. II 141).

Am 31. März 2017 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid; zu den erhobenen Einwänden nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 143).

C.

Hiergegen lässt der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 15. Mai 2017 Beschwerde erheben mit dem Antrag, die Verfügung vom 31. März 2017 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit wann rechtens eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen; eventualiter sei die Verfügung aufzuheben, ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen, subeventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der Abklärungen an die IVB zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass das bidisziplinäre Gutachten sowohl aus formellen Gründen – mindestens eine Dolmetscherin sei betreffend die Muttersprache des Beschwerdeführers nicht hinreichend qualifiziert gewesen – als auch in materieller Hinsicht – inhaltlich falsche Sachverhaltsdarstellungen und mangelnde Anwendung der neuen Praxis des Bundesgerichts betreffend somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden – den Anforderungen an eine Expertise nicht genüge. Die Beurteilung der Gutachter, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit 100% arbeitsfähig, sei nicht nachvollziehbar und widerspreche insbesondere der Einschätzung der behandelnden Ärzte. Ferner habe es die IVB unterlassen, entgegen dem entsprechenden Antrag einen Bericht über die (wohl im Sommer 2016) begonnene psychiatrische Behandlung einzuholen. Ungenügend abgeklärt sei sodann, welche Verweistätigkeiten der Beschwerdeführer allenfalls noch ausführen könnte, sodass auch auf das von der Beschwerdegegnerin festgesetzte Invalideneinkommen nicht abgestellt werden könne. Schliesslich sei der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn angesichts der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie des Alters und der sprachlichen Schwierigkeiten, was zusätzlich zu berücksichtigen sei, zu niedrig; angezeigt sei ein solcher im Umfang von mindestens 20%.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2017 beantragt die IVB die 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 Angefochten ist die Verfügung vom 31. März 2017 (act. II 143), streitig und zu prüfen der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

2.2 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 (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so

wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

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

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur materiellen Revision 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).

2.4 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).

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 dagegen, ob zwischen der Verfügung vom 18. Dezember 2012 (act. II 50) und der hier angefochtenen Verfügung vom 31. März 2017 (act. II 143) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.2

3.2.1 Die seinerzeitige Zusprechung einer bis 31. Oktober 2012 befristeten Rente beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Berichten des behandelnden Arztes Dr. med. F._____, FMH Innere Medizin (act. II 16, 26), und den Unterlagen der Krankenversicherung E._____, (act. II 34), in welchen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie L4/5 bei Status nach Mikrodiskektomie mit Residualsyndrom mit Schmerzen und Gefühlsstörung im linken Fuss sowie eine koronare Herzkrankheit bei Status nach STEMI-Infarkt und PT-CA-Stent gestellt wurden. Während Dr. med. F._____ eine angepasste

Tätigkeit (leichte Arbeit, Gewichte Heben 10 kg, Tragen 5 kg, Stehen 30 min., Sitzen?, Gehen?) zu einem Pensum von 4 Stunden mit reduziertem Pensum für zumutbar erachtete (vgl. act. II 26), hielt der Vertrauensarzt der Krankenversicherung E._____, Dr. med. G._____, eine angepasste Tätigkeit zu 100% für möglich (vgl. act. II 34 S. 5). Auf der Grundlage dieser medizinischen Abklärungen definierte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ ein Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Versicherten eine dem Leiden angepasste Tätigkeit nach anfänglicher Steigerung von 50% auf 100% innerhalb 2-3 Monaten mit vollem Pensum ab 1. August 2012 zumutbar sei (act. II 37, 39).

3.2.2 Für den vorliegend angefochtenen Entscheid stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das bidisziplinäre Gutachten vom 17. Januar 2017 (act. II 135.1 und 136.1). Darin wurde auf dem Fachgebiet der Psychiatrie keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Die psychiatrische Störung werde mittels ambulanter Psychotherapie und psychopharmakologisch adäquat therapiert, schränke den Exploranden im Alltag kaum ein und beeinträchtige die berufliche Eingliederungsfähigkeit nicht. In jeglicher beruflichen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%; es gebe auch keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen wäre (act. II 135.1 S. 21 ff.).

In rheumatologischer Hinsicht wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit intermittierend spondylogener Ausstrahlung links (mit/bei Status nach Mikrodiskektomie LWK 4/5 links bei Diskushernie LWK 4/5 bei lumboradikulärem Schmerz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom L 5 links am 02.06.2011) erhoben; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach offener Teilmeniskektomie rechtes Knie medial 1996, Re-Arthroskopie 1996 und eine koronare Herzkrankheit (mit/bei Status nach STEMIE inferior-posterior 2008, Status nach Lyse, Status nach PCI der RCA am 22.07.2008). Beschrieben wird ein lumbovertebrales Syndrom mit anamnestisch intermittierend spondylogener Ausstrahlung links; es hätten sich keinerlei muskuläre Schonungszeichen gefunden, die Muskulatur sei auch an den Beinen gut

und kräftig ausgebildet. Radiologisch seien an HWS und LWS keine über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen erkennbar. Die bisherige (körperlich schwere) Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar; für eine vorwiegend leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit, welche der Versicherte nicht nur sitzend, stehend oder gehend ausüben müsse, bei welcher er nicht in Zwangsstellungen arbeiten müsse (sich repetitiv bückend, vornübergeneigt oder überkopf) bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% bezogen auf ein Ganztagspensum ohne Leistungsminderung.

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Das oben erwähnte bidisziplinäre Gutachten samt Ergebnis der Konsensbesprechung (vgl. E. 3.2.2 hiervor) erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Es überzeugt auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.4 hiervor). Namentlich wird der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend sowie unter Einbezug der anderweitigen aktenkundigen Arztberichte

erhoben und gestützt darauf seine aktuelle Arbeitsfähigkeit überzeugend und mit einlässlicher Begründung dargestellt. Ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender bzw. invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers wird mit plausibler Begründung (act. II 135.1 S. 21 ff.) verneint. Ebenso ist das Fazit, die körperlichen Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stünden der vollzeitlichen Ausübung einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit nicht entgegen, schlüssig begründet (vgl. act. II 136.1 S. 27 ff.). Den medizinischen Grundlagen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung stützt, kommt somit voller Beweiswert zu.

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringen lässt, verfängt nicht: Soweit gerügt wird, eine der beiden beigezogenen Dolmetscherinnen sei hinsichtlich der notwendigen Sprachkenntnisse nicht genügend qualifiziert gewesen, ist zunächst festzuhalten, dass den beiden Teilgutachten keinerlei Hinweise auf solche Defizite entnommen werden können, was sicher geschehen wäre, wenn solche bestanden hätten. Die Angaben des Beschwerdeführers in diesem Zusammenhang sind denn auch ziemlich vage, insbesondere ist erstaunlich, dass er nicht mehr sagen könne, welche der beiden Dolmetscherinnen fachlich nicht kompetent gewesen sei; wären tatsächlich gravierende Verständigungsschwierigkeiten aufgetreten, wäre ihm dies zweifellos in Erinnerung geblieben. Dass sich aus mangelhafter Übersetzung eine tatsachenwidrige Sachverhaltsdarstellung ergeben haben soll, erscheint als nachgeschobene und unbewiesen gebliebene Behauptung, zumal auch in der Beschwerde hinsichtlich der angeblich missverstandenen täglichen Gehdistanz keine anderslautende Angabe gemacht wird.

Wenn sodann geltend gemacht wird, die Beurteilungen der behandelnden Ärzte seien zu Unrecht unberücksichtigt geblieben, ist festzuhalten, dass diese die Arbeitsfähigkeit – weitgehend auf den gleichen medizinischen Fakten – nur anders als die Gutachter beurteilen, was nicht ausreicht, um deren Einschätzung zu widerlegen. Der rheumatologische Gutachter setzt sich denn auch mit der anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte sowie anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) auseinander und führt in diesem Zusammenhang

nachvollziehbar und schlüssig aus, dass im Rahmen der EFL unerklärlicherweise eine Arbeitsfähigkeit von 50% steigerbar nach 6 Monaten angenommen worden sei, dass Dr. med. H. _____ bei seiner Beurteilung vom Dezember 2015 auf die rein subjektiven Angaben des Exploranden abgestellt habe und dass die auch in einer Verweistätigkeit verminderte Arbeitsfähigkeit nicht mit den Tagesaktivitäten (Spazieren über 2-3 Stunden, etwa 10-15 km pro Halbtage; vgl. act. II 136.1S. 22) kompatibel sei; diese Beurteilungen beruhten auf keinerlei Befunden und seien auch nicht näher begründet worden. Tatsächlich sind die von den gutachterlichen Beurteilungen abweichenden Einschätzungen nicht plausibilisiert.

In diesem Zusammenhang ist ferner auf den eingeschränkten Beweiswert der Einschätzung von behandelnden Ärzten hinzuweisen; in Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Mangels eines gutachterlich festgestellten psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erübrigen sich – entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung – Weiterungen im Lichte der vom Bundesgericht mit den zwei Entscheiden BGE 143 V 409 ff. und BGE 143 V 418 ff. vom 30. November 2017 vorgenommenen Praxisänderung (vgl. BGE 143 V 418 ff. E. 7.1 und 8.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.). Von weiteren Abklärungen sind angesichts der schlüssigen gutachterlichen Feststellungen und Einschätzungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass von solchen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) abzusehen ist.

Damit ergibt sich, dass im Vergleich zum Sachverhalt, wie er sich im Jahre 2012 präsentierte hat, keine dauerhafte Veränderung eingetreten ist bzw. eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes nicht aus-

gewiesen ist. Unter diesen Umständen erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleiches.

3.4 Die Abweisung des Rentenbegehrens erfolgte damit im Ergebnis zu Recht und die Beschwerde ist dementsprechend 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):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.