

200 17 605 IV
LOU/SAW/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Juni 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 16. Juni 2008 unter Hinweis auf Kniebeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Insbesondere gestützt auf ein interdisziplinäres Gutachten der MEDAS C._____ vom 5. Januar 2010 (act. II 42.1) verfügte die IVB am 4. Juni 2010 (act. II 57) bei einem Invaliditätsgrad von 36% die Abweisung des Leistungsbegehrens. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 59 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. Oktober 2010, IV/2010/757 (act. II 62), ab.

B.

Am 11. November 2011 (act. II 72) meldete sich der Versicherte wegen Nackenschmerzen, Gelenkleiden und einer Depression erneut zum Leistungsbezug an. Die IVB führte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch und leitete berufliche Massnahmen ein (act. II 103), welche in der Folge abgebrochen wurden (vgl. Bericht der Abklärungsstelle D._____ vom 19. Februar 2013, act. II 110, und Verfügung vom 2. Juli 2013, act. II 129). Nach einer interdisziplinären Begutachtung durch die MEDAS E._____ (vgl. Gutachten vom 18. Dezember 2013, act. II 141.1) samt Ergänzungsfragen betreffend das psychiatrische Teilgutachten (act. II 151), einer Beweissicherung vor Ort (BvO; vgl. Bericht vom 12. Januar 2015, act. II 169) sowie weiteren Rückfragen an die Gutachter der MEDAS E._____ (act. II 171.1) wurde der Versicherte nochmals durch die MEDAS F._____ polydisziplinär begutachtet (vgl. Gutachten vom 16. März 2016, act. II 196.1). Mit Vorbescheid vom 8. Juli 2016 (act. II 200) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 12% wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte mit Einwand vom 7. September 2016 (act. II 201) nicht einverstanden und wies mit Schreiben vom 4. Oktober 2016 (act. II 203) auf eine laufende psychiatrische Behandlung hin. Nachdem die IVB beim behandelnden Psychiater

einen Verlaufsbericht eingeholt (vgl. Bericht vom 13. Dezember 2016, act. II 208) und dem Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) das Dossier zur Stellungnahme unterbreitet hatte (act. II 216), verfügte sie am 26. Mai 2017 (act. II 222) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt und wies das Leistungsbegehren ab. Ferner hielt sie fest, dass aufgrund der ausgewiesenen Aggravation auf Eingliederungsmassnahmen zu verzichten sei.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 28. Juni 2017 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 26. Mai 2017 sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad sei auf mindestens 40% anzusetzen. Eventualiter seien die Akten zwecks vollständiger Erhebung des psychiatrischen Gesundheitszustandes zur Neu Beurteilung zurückzuweisen. Subeventualiter sei dem Beschwerdeführer für eine befristete Zeit eine IV-Rente auszurichten. Subsubeventualiter seien Massnahmen beruflicher Art zuzusprechen.

Am 7. und 25. Juli 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte zu den Akten (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4 f.).

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. August 2017 gab der Instruktionsrichter den Parteien Gelegenheit, sich zum am 14. Juli 2017 ergangenen Entscheid des Bundesgerichts betreffend die Zulässigkeit und Verwertbarkeit einer im IV-Verfahren angeordneten Observation zu äussern (BGE 143 I 377), wovon die Beschwerdegegnerin am 31. August 2017 und der Beschwerdeführer am 2. Oktober 2017 Gebrauch machten.

Am 9. November 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte ein (act. I 6 ff.).

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 ist die Verfügung vom 26. Mai 2017 (act. II 222). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch sowie der Anspruch auf berufliche Massnahmen.

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).

2.3 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).

Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281

E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428 f., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, 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 vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzei-

chen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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 im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte 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 Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchgrundlage 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 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 Viertelrente.

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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

2.7 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der

streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu beurteilen ist, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 4. Juni 2010 (act. II 57), welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 13. Oktober 2010, IV/2010/757 (act. II 62), bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2017 (act. II 222) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7 hier-vor).

3.2 Die Verfügung vom 4. Juni 2010 (act. II 57) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS C. _____ vom 5. Januar 2010 (act. II 42.1). Unter Berücksichtigung der Fachgebiete Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Orthopädie stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 9):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Bilaterale fortgeschrittene medialbetonte Gonarthrose
 - Zustand nach mehreren arthroskopischen partiellen Menispektomien

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Linkskonvexe thoracolumbale Torsionsskoliose bei mässig degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule
 - Rezidivierende Lumbalgien seit vielen Jahren
- Geringe degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule
 - Chronische Cervicalgien oft mit okzipitalen Cephaläa und Brachialgien

- Chronisch aktive Hepatitis B
- Verdacht auf sekundäre Schmerzausweitung

In der interdisziplinären Beurteilung gaben die Gutachter an, bei den Untersuchungen habe sich ihnen ein muskulös gebauter, mässig übergewichtiger Mann in einem guten Allgemeinzustand gezeigt. Aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht liege ein klarer Befund an den Knien vor, an welchen beidseitig eine fortgeschrittene globale aber medialbetonte Gonarthrose bestehe. Diese erkläre die Belastungsintoleranz und lasse eine Tätigkeit als ... nicht mehr als zumutbar erscheinen. Die geringfügig bis mässig degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule könnten die angegebenen Schmerzen nicht erklären. Ebenso bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem muskulären Körperbau und den angegebenen Einschränkungen. Auch die Darstellung der Einschränkungen (z.B. Zittern an den Schulterpartien bei deren Mobilisation) entspreche keiner medizinisch nachvollziehbaren Erkrankung, sodass von einer eventuell sogar bewusstseinsnahen Schmerzausweitung ausgegangen werden müsse. Dies insbesondere auch deshalb, weil die psychiatrische Evaluation keine Hinweise auf eine psychische Erkrankung – auch nicht auf eine somatoforme Störung – ergeben habe. Aus internistischer Sicht sei anzufügen, dass der Versicherte eine chronische Hepatitis B aufweise, die eventuell die diffusen Gelenkschmerzen erklären könne. Aktuell ergäben sich aber daraus keine weiteren Einschränkungen. Zusammenfassend könne der Versicherte im Rahmen seiner Gonarthrosen nicht mehr als ... eingesetzt werden (S. 10 f.). Eine körperlich leichte vorwiegend im Sitzen ausführbare Tätigkeit sei ihm zumutbar. Dabei sollte er weder Treppen oder Leitern steigen noch unebenes Gelände begehen müssen. Auch Knien oder Kauern sollte ihm nicht abverlangt werden. Eine angepasste Tätigkeit könne er vollzeitlich mit einer Leistungseinschränkung von ca. 20% ausüben (S. 12 Ziff. C 11 ff.).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2017 (act. II 222) liegen im Wesentlichen folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Gutachten der MEDAS E. _____ vom 18. Dezember 2013 (act. II 141.1) wurden nach internistischer, rheumatologischer, orthopädisch-chirurgischer und psychiatrischer Untersuchung folgende Diagnosen aufgeführt (S. 76):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Schwere agitierte Depression ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Status nach Teilprothesenversorgung beider Kniegelenke bei beidseitiger, medial betonter Gonarthrose mit/bei:
 - Status nach arthroskopischer partieller Meniskektomie medial und lateral rechts im Mai 1995
 - Status nach arthroskopischer partieller Rest-Meniskektomie medial und lateral im September 1997
 - Status nach arthroskopischer Glättung des Rest-Meniskus medial und Nachresektion des lateralen Scheibenmeniskus im Juni 1999
 - Status nach arthroskopischer partieller Meniskektomie medial und lateral links im April 2008
 - Status nach arthroskopischer Teil-Meniskektomie medial und lateral rechts am 18. August 2008
 - Status nach Implantation einer medialen Hemiprothese (Oxford-Schlittenprothese) links am 6. Dezember 2010 bzw. rechts am 19. Dezember 2011

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

4. Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei:
 - linkskonvexer lumbaler Torsionsskoliose
 - degenerativen Diskopathien LWK2 bis SWK1 mit vorderen Spondylosten
 - Status nach Infiltration L4/L5 links am 6. November 2009
 - aktuell ohne Hinweise für eine lumboradikuläre Schmerzsymptomatik
5. Chronische Zervikozephalgien mit/bei:
 - diskreten Diskopathien der HWS ohne neurokompressive Pathologie
6. Periarthropathia beider Schultergelenke
7. Colon irritabile
8. Chronische Hepatitis B (chronischer HBs-Antigen-Träger) mit/bei:
 - normaler Leberfunktion
9. Status nach idiopathischer Fazialisparese links im August 2009

Die allgemein-internistische Untersuchung ergebe das Bild eines grossgewachsenen und kräftig gebauten, muskulösen Mannes in normalem Allgemeinzustand. Es imponiere ein sehr auffälliges Verhalten mit einer ausgeprägten psychomotorischen Unruhe. Vor lauter Rückenschmerzen sei der Versicherte bei der Anamneseerhebung immer wieder vom Stuhl aufgestanden und habe demonstrativ seine Schmerzen kundgetan. Der internistische Status sei an sich unauffällig. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei ebenfalls eine starke Diskrepanz zwischen den vom Versicherten angegebenen Beschwerden und demonstrierten Einschränkungen zu den erhobenen Befunden am Bewegungsapparat aufgefallen. Bei bekannter Gonarthrose beidseits liege eine wenig eingeschränkte Kniegelenksbeweg-

lichkeit (links mehr als rechts, bei Status nach Teilprothesen der Kniegelenke) vor. Insgesamt handle es sich hier anhand der Klinik und auch der Bildgebung um ein sehr gutes postoperatives Resultat. Es sei schwierig nachzuvollziehen, dass die Kniegelenke mit beinahe absolut normaler Funktion und fehlenden mechanischen Reizungen solch starke Schmerzen machten. Ebenfalls nicht erklärbar seien die extrem starken Kreuzschmerzen, welche den Versicherten während der Anamneseerhebung immer wieder zum Aufstehen und Herumgehen zwängen. Die Rückenbeweglichkeit entspreche der Altersnorm, neurologische Ausfälle fehlten, ebenso habe man keine Anhaltspunkte für eine spondylogene oder sogar radikuläre Symptomatik. Das Panvertebralsyndrom zervikal und lumbal betont müsse den diskret degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zugeordnet werden. Auch aus chirurgisch-orthopädischer Sicht zeige sich beim Versicherten eine augenfällige Diskrepanz zwischen den anamnestisch geschilderten Beschwerden, dem Bewegungsmuster und den Befunden der klinischen Untersuchung. Die subjektiv geschilderten Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der Schultergelenke seien klinisch nicht objektivierbar. Im Bereich beider Kniegelenke lägen reizlose Weichteilverhältnisse vor. Der Versicherte beklage jedoch eine deutliche Hyperästhesie mit erheblicher Schmerzsymptomatik und insbesondere schmerzbedingt eingeschränkter Beugung beider Kniegelenke bei radiologisch nachgewiesener, regelrecht einliegender medialer Hemiprothese beidseits (S. 82 ff.). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration gab Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an, die Schmerzsymptomatik stehe absolut im Vordergrund. Das ganze 50-minütige Gespräch sei geprägt gewesen von einer starken Unruhe, so dass sich die Untersuchung insgesamt sehr schwierig gestaltet habe. Da die Schmerzen in ihrer Ausprägung und Ausweitung somatisch nicht vollumfänglich erklärbar seien, müsse aus versicherungspsychiatrischer Sicht an eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gedacht werden. Aufgrund der schwierigen Exploration sei es allerdings heikel, eine solche Diagnose zu stellen, da ein näheres kritisches Nachfragen nicht möglich gewesen sei. Trotzdem müsse davon ausgegangen werden, dass eine solche beim Versicherten tatsächlich vorliege. Daneben bestehe eine depressive Symptomatik mit Agitiertheit, Freudlosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Interessensverlust, sozialem Rückzug, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen so-

wie täglich auftretenden Suizidideen. An objektivierbaren Befunden zeige sich eine erheblich eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit, die ins Depressive verlagert sei. Vom Affekt her wirke der Versicherte innerlich angespannt, unruhig, nervös und es bestehe eine deutliche Angetriebenheit. Insgesamt imponiere das Bild einer schweren agitierten Depression. Allerdings seien von psychischer Seite auch einige Auffälligkeiten zu benennen, so gebe der Versicherte an, er fahre noch kurze Strecken Auto, wie er sich jedoch derzeit präsentiere, müsse er als fahruntüchtig angesehen werden. Auch die Tatsache, dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS C. _____ (act. II 42.1 S. 15) keine psychiatrische Krankheit festgestellt und erwähnt worden sei, dass eine eventuell sogar bewusstseinsnahe Schmerzausweitung vorliege, lasse hellhörig werden. Somit könne letztendlich eine Simulation nicht gänzlich ausgeschlossen werden, wobei dies aufgrund des Gesamtbildes eher unwahrscheinlich erscheine (S. 71 ff.; 84 f.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe beim Versicherten aus rein somatischer Sicht aufgrund der beidseits einliegenden Hemiprothesen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, länger dauernde stehende oder gehende Arbeiten sowie für Tätigkeiten mit erforderlichem Lastentragen über 7.5kg, Lasten balancieren, erforderlichem Treppen- und Leiternsteigen sowie Besteigen von Gerüsten und Gehen auf unebenem und abschüssigem Gelände. Lasten bis 10kg könne der Versicherte problemlos anheben. Auch Arbeiten in Zwangshaltungen in beiden Kniegelenken wie Knien oder Kauern seien nicht mehr zumutbar. In der angestammten Tätigkeit als ... sei der Versicherte nicht mehr einsetzbar. Sitzende Arbeiten mit intermittierender, kurzzeitiger stehender sowie gehender Position im Wechsel ohne zeitliche Limitierung könne der Versicherte zu 100% ausüben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aber zurzeit aufgrund der schweren agitierten Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 85 Ziff. 7.4).

3.3.2 Am 4. Februar 2014 (act. II 147) nahm der RAD-Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten der MEDAS E. _____ Stellung und führte aus, in Bezug auf die somatischen Abklärungen sei dieses umfassend sowie nachvollziehbar. Auf

psychiatrischem Gebiet stelle er dagegen aufgrund der beschriebenen Diskrepanzen und Widersprüche die Validität der Aussagen und die angegebenen Beschwerden des Versicherten sowie die erhobenen psychiatrischen Befunde mit den daraus abgeleiteten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit insgesamt weitgehend in Frage.

3.3.3 In Ergänzung des psychiatrischen Teilgutachtens legte Dr. med. G._____ am 5. März 2014 (act. II 151) unter anderem dar, dass sich letztendlich die Auffälligkeiten nicht eindeutig erklären liessen, wobei er aufgrund des Gesamtbildes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Simulation vermute. Dass der Versicherte seine Symptomatik besonders in Bezug auf Schmerzen in der Gutachtenssituation verdeutliche und der Gutachter keine ausreichenden Befunde erheben könne, welche die Schmerzen erklären könnten, sei eine Voraussetzung für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

3.3.4 Nachdem der Beschwerdeführer erneut am linken Knie operiert worden war (vgl. Operationsbericht vom 12. Juni 2014, act. II 157 S. 7) und nach Einsicht in die Unterlagen der BvO (act. II 169 f.) hielten die E._____ -Gutachter Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G._____ in der Stellungnahme vom 20. März 2015 (act. II 171.1) fest, dass sich aus rein orthopädischer Sicht an der Knieproblematik seit der Begutachtung im 2013 nichts Wesentliches verändert habe. Es sei lediglich eine offene Exploration erfolgt, wodurch eine Lockerung der linksseitigen Prothese habe ausgeschlossen werden können. In psychiatrischer Hinsicht liessen sich aufgrund des Videomaterials keine Beeinträchtigungen erkennen, insbesondere könne keine schwere depressive Störung beobachtet werden. Der Versicherte wirke in seinen Bewegungen flüssig und nicht agitiert. Eine Einschränkung der Bewegung aufgrund von Schmerzen sei nicht erkennbar (S. 6). Es sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in der Zeit zwischen der Begutachtung in der MEDAS E._____ und der Videoüberwachung deutlich verbessert habe. Natürlich könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch keine Simulation in der Begutachtungssituation im Jahre 2013 ausgeschlossen werden. Ein psychiatrisches Zumutbarkeitsprofil

sei allein aufgrund des Videomaterials nicht erstellbar; diesbezüglich brauche es erneut eine psychiatrische Begutachtung (S. 7).

3.3.5 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS F. _____ vom 16. März 2016 (act. II 196.1), welches auf Beurteilungen in den Fachgebieten Psychiatrie (Federführung), Orthopädie/Traumatologie und Innere Medizin beruht, führten die Gutachter die folgenden Diagnosen auf (S. 25):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Mediale Hemisclitten bei beiden Kniegelenken (Primärimplantation links am 6. Dezember 2010, rechts am 19. Dezember 2011)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Rezidivierendes vertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reizung bei linkskonvexer lumbaler Skoliose
3. Epicondylitis humeri radialis rechts
4. Reizung linkes ISG
5. Senk-Spreizfuss beidseits
6. Hepatitis B
7. Adipositas (BMI 32 kg/m²)
8. Nikotinabusus (30 py)

In der polydisziplinären Beurteilung legten die Gutachter dar, in psychiatrischer Hinsicht sei aufgrund der Beobachtungen in der Untersuchungssituation, der Auswertung der anamnestischen Angaben sowie ferner unter Berücksichtigung der Informationen in den Unterlagen (insbesondere: Videoüberwachung im Jahre 2014) von einer massiven Aggravation auszugehen. Eine krankheitswertige depressive Symptomatik wie auch die in der Vergangenheit gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lägen nicht vor. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lediglich in Bezug auf die medialen Hemisclitten-versorgten Kniegelenke. Internistischerseits habe keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... sei aufgehoben. Der Versicherte könne indessen leichte bis gelegentlich mittelschwere, vorwiegend sitzende Arbeiten mit gelegentlichem Gehen und Stehen, ohne häufigem Knien oder Hocken und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Sturzgefahr mit voller Arbeitszeit und voller Leistung erbringen (S. 26). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe in der Vergangenheit niemals eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit vorgelegen (S. 27).

3.3.6 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 13. Dezember 2016 (act. II 208) eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.8) als Residualzustand nach längerdauernder Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) mit Depression, Angst und Ärger (S. 2 Ziff. 1.1). Neben der depressiven Angstsymptomatik beständen eine recht fixierte misstrauische Haltung gegenüber „der Welt“, Antriebsmangel, ein Gefühl der Leere, gleichzeitig eine chronische Nervosität und Unruhe und ein sozialer Rückzug. Der Versicherte hege selber das sehr starke Empfinden, krank und beeinträchtigt zu sein. Ab ca. 2011 attestierte Dr. med. I._____ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6 f.).

3.3.7 Vom 4. bis zum 21. Januar 2017 war der Beschwerdeführer in der Klinik J._____ hospitalisiert. Im Bericht vom 1. Februar 2017 (act. II 214 S. 2) wurde als Hauptdiagnose eine Dekonditionierung und Mobilitäts einschränkung bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgehalten. Insgesamt habe sich kein Ansatz für eine Schmerzverbesserung durch physische Aktivierung und muskulärem Aufbau verzeichnen lassen. Positiv zu vermerken sei die regelmässige Teilnahme des Patienten an allen Therapien trotz Müdigkeit und Schmerzexazerbationen (S. 4).

3.3.8 In der Stellungnahme vom 24. Februar 2017 (act. II 216) führte Dr. med. K._____ aus, das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS F._____ vom 16. März 2016 sei umfassend und nachvollziehbar. Dagegen stellten die neu vorgelegten Arztberichte von Dr. med. I._____ und der Klinik J._____, die zumindest teilweise offenbar in Unkenntnis früherer Abklärungsergebnisse der IV-Stelle erstellt worden seien bzw. sich nicht damit auseinandersetzten, eine Wiederholung früherer Diagnosen, die bereits teilweise als widerlegt anzusehen seien, dar. Es liege kein neuer medizinischer Sachverhalt oder gar eine neue Faktenlage vor. Die Berichte seien daher lediglich als andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhaltes anzusehen (S. 4 f.).

3.3.9 Am 20. Mai 2017 (act. II 221 S. 2) bestätigte Dr. med. I._____ auf Ersuchen des Beschwerdeführers seine gestellten Diagnosen sowie die attestierte Arbeitsunfähigkeit von ca. 50%.

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

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).

4. In rechtlicher Hinsicht ist zunächst zu prüfen, ob auf die im Rahmen der BvO erlangten Beweismittel (schriftlicher Bericht vom 12. Januar 2015, act. II 169, und Videoaufzeichnungen in Form von drei DVDs) im vorliegenden Verfahren abzustellen ist.

4.1 Gemäss BGE 143 I 377 fehlt es in der Invalidenversicherung – gleichermassen wie im Unfallversicherungsrecht (vgl. dazu Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte [EGMR] vom 18. Oktober 2016 [Vukota-Bojic c. Suisse; Requête no 61838/10]) – an einer genügenden gesetzlichen Grundlage, welche eine verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regelt. Eine unter geltendem Recht durchgeführte Observation verletzt damit Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) resp. Art. 13 der Bundesverfassung (BV;

SR 101), weshalb das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung mit BGE 143 I 377 geändert hat. An der Rechtsprechung gemäss BGE 137 I 327 wird nicht weiter festgehalten. Hinsichtlich der Frage, ob die Ergebnisse von Observationen, die bereits vor der Rechtsprechungsänderung abgeschlossen wurden, in einem konkreten Verfahren beweismässig verwertbar sind, hält das Bundesgericht unter Bezugnahme auf das EGMR-Urteil 61838/10 vom 18. Oktober 2016 fest, dass sich diese Frage allein nach schweizerischem Recht beantwortet (BGE 143 I 377 E. 5 S. 384). Dazu ist eine Abwägung zwischen den privaten Interessen des Betroffenen und dem öffentlichen Interesse durchzuführen (BGE 143 I 377 E. 5.1.1 S. 385). Wurde der IV-Bezüger nur im öffentlichen Raum ohne äussere Beeinflussung überwacht und war er weder einer systematischen noch ständigen Überwachung ausgesetzt und wurde die Observation aufgrund ausgewiesener Zweifel eingeleitet, überwiegt grundsätzlich das erhebliche öffentliche Interesse an der Verhinderung eines Versicherungsmissbrauchs, womit der Observationsbericht inkl. Foto- und Videoaufnahmen in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden dürfen (BGE 143 I 377 E. 5.1.2 S. 386 und Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Februar 2018, 8C_2/2018, E. 4.3).

4.2 Die Observation wurde vorliegend aufgrund der im E. _____ - Gutachten vom 18. Dezember 2013 (act. II 141.1) aufgeführten erheblichen Zweifel an der Validität der angegebenen Beschwerden und Aussagen des Beschwerdeführers sowie an den gestützt darauf erhobenen psychiatrischen Befunden durchgeführt. Weder durch den RAD-Arztbericht von Dr. med. K. _____ vom 4. Februar 2014 (act. II 147 S. 4 ff.) noch durch die Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter der MEDAS E. _____ (vgl. Stellungnahme vom 5. März 2014, act. II 151) konnten die zahlreichen Inkongruenzen bereinigt werden. Mit Blick darauf sowie unter Berücksichtigung, dass bereits im Gutachten der MEDAS C. _____ vom 5. Januar 2010 eine eventuell sogar bewusstseinsnahe Schmerzausweitung erwähnt wurde (act. II 42.1 S. 10), war die BvO objektiv geboten. Die in Frage stehenden, im Rahmen der BvO erstellten Videoaufnahmen sowie der dazu ergangene schriftliche Bericht vom 12. Januar 2015 (act. II 169) betreffen einzig Tatsachen, die sich an öffentlich einsehbaren bzw. der Öffentlichkeit zugänglichen Orten verwirklicht haben.

Die BvO erfolgte zudem unbestrittenermassen ohne äussere Beeinflussung des Beschwerdeführers. Es handelt sich insofern um eine zulässige Observation im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Der Beschwerdeführer war dabei keiner systematischen oder ständigen Überwachung ausgesetzt. Von einer solchen kann bei Beobachtungen an insgesamt 13 Tagen (8 Tage im August und 5 Tage im Oktober 2014, an 10 Tagen wurde gefilmt, vgl. act. II 169 S. 3) über einen Zeitraum von zwei Monaten nicht gesprochen werden. Das öffentliche Interesse an der Verwertung überwiegt somit vorliegend das private Interesse am Schutz der Privatsphäre. Die Ergebnisse der vor der Rechtsprechungsänderung stattgehabten BvO sind folglich verwertbar. Der Observationsbericht inkl. Foto- und Videoaufnahmen sind von der Beschwerdegegnerin zu Recht in die Beweiswürdigung miteinbezogen worden und – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 3) – auch weiterhin miteinzubeziehen.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2017 (act. II 222) massgeblich auf die polydisziplinäre Begutachtung der MEDAS F._____ vom 16. März 2016 (act. II 196.1) gestützt. Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihr volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen zu anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf das Gutachten der MEDAS F._____ ist somit abzustellen.

5.2 Aus somatischer Sicht führten die Gutachter der MEDAS F._____ differenziert und überzeugend aus, dass eine Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit lediglich in Bezug auf die medialen Hemischlitten-versorgten Kniegelenke vorliegt und die weiteren Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die bisherige Tätigkeit als ... ist dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, vorwiegend sitzende Arbeit mit gelegentlichem Gehen und Stehen, ohne häufigem Knien oder Hocken und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Sturzgefahr kann er indessen bei voller Leistung zu 100% ausüben (act. II 196.1 S. 26). Diese Beurteilung ist in sich schlüssig und nachvollziehbar. Zudem steht sie im Wesentlichen auch in Einklang mit den Ausführungen im Gutachten der MEDAS E. _____ vom 18. Dezember 2013 (act. II 141.1 S. 85 Ziff. 7.4) sowie mit der Stellungnahme der Gutachter der MEDAS E. _____ Dres. med. G. _____ und H. _____ vom 20. März 2015 nach der BvO (act. II 171.1 S. 6). Auf die somatische Beurteilung der Gutachter der MEDAS F. _____ ist demnach abzustellen.

Soweit der Beschwerdeführer mit den im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichten (act. I 4 ff.) auf eine Exazerbation der Rückenschmerzen, die im August 2017 operativ behandelt wurden, hinweist und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machen sollte, kann er daraus im vorliegenden Verfahren nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die vorgebrachten Beschwerden betreffen einen nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Sachverhalt und sind aufgrund des zeitlichen Überprüfungshorizontes des Gerichts vorliegend nicht zu berücksichtigen (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Abgesehen davon ergeben sich aus den dazu vorgelegten Unterlagen keine Hinweise auf eine Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

5.3 Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte der Gutachter der MEDAS F. _____ Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychische Störung im Sinne der ICD-10-Klassifikation. Ausführlich und nachvollziehbar legte er dar, dass keine krankheitswertige depressive Symptomatik vorliegt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch nie vorgelegen hat und der Beschwerdeführer mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Vergangenheit im Bereich des Normalpsychologischen durch die Schmerzsymptomatik im Sinne zeitweiliger Bedrücktheit beeinträchtigt gewesen ist. Zudem hielt er differenziert und überzeugend

fest, dass eine massive Aggravation vorliegt (act. II 196.2 S. 8 f.). Diese Einschätzungen finden Rückhalt im Bericht des RAD-Arztes vom 24. Februar 2017 (act. II 216 S. 4) und stehen – soweit die aktuelle Situation betreffend – im Einklang mit den Angaben von Dr. med. G. _____ in der Stellungnahme vom 20. März 2015 (act. II 171.1 S. 6). Ferner entsprechen sie auch ohne weiteres dem vom Beschwerdeführer während der BvO gezeigten Gesamtbild (act. II 169).

Die in der Beschwerde, S. 5 ff. Art. 4 f., dagegen vorgebrachten Einwände vermögen dieses Ergebnis nicht umzustossen. Soweit der Beschwerdeführer die Dauer der Untersuchung rügt (vgl. Beschwerde S. 6), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es in erster Linie darauf an, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Entscheidung des BGer vom 1. April 2009, 9C_55/2009, E. 3.3 und vom 9. April 2014, 8C_603/2013, E. 4.1). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6) nahm Dr. med. L. _____ auch zu den divergierenden Arztberichten – insbesondere zu den Beurteilungen von Dr. med. G. _____ – Stellung und erläuterte nachvollziehbar, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann. So wies er explizit auf die grossen Schwierigkeiten von Dr. med. G. _____ hin, das Verhalten des Beschwerdeführers und die anamnestischen Angaben diagnostisch einzuordnen und von Aggravation oder gar Simulation zu unterscheiden (act. II 196.2 S. 8). Hinzu kommt, dass aufgrund der massiven Aggravation gemäss der aktuellen Rechtsprechung eine leistungseinschränkende versicherte Gesundheitsschädigung zu verneinen ist und damit ein Ausschlussgrund vorliegt (vgl. E. 2.3 hiervor). Schliesslich vermögen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 13. Dezember 2016 (act. II 208) und vom 20. Mai 2017 (act. II 221 S. 2) sowie der Austrittsbericht der Klinik J. _____ vom 1. Februar 2017 (act. II 214 S. 2) die Beurteilung von Dr. med. L. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Dies weil eine schlüssige und verständliche medizinische Begründung der gestellten Diagnosen fehlt und sich die behandelnden Ärzte – sofern sie überhaupt in Kenntnis sämtlicher Abklärungsergebnisse der Beschwerdegegnerin, insbesondere auch der BvO, gewesen sein sollten – nicht nachvollziehbar mit

den Diskrepanzen zu den anderen Arztberichten und Gutachten auseinandergesetzt haben. Die von Dr. med. I. _____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit findet in den übrigen Akten zudem keinen Rückhalt und die Klinik J. _____ äusserte sich überhaupt nicht zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Wie Dr. med. K. _____ im Bericht vom 24. Februar 2017 (act. II 216 S. 5) darlegte, beruhen die Beurteilungen von Dr. med. I. _____ und der Klinik J. _____ nicht auf medizinisch neuen Tatsachen oder einer neuen Faktenlage, weshalb sie lediglich eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhaltes darstellen, welche die gutachterlichen Ergebnisse nicht umzustossen vermögen. Damit steht in psychiatrischer Hinsicht fest, dass beim Beschwerdeführer keine relevante Beeinträchtigung vorliegt und er uneingeschränkt arbeitsfähig ist.

5.4 Aus dem Dargelegten folgt insgesamt, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist. Ob bei diesem Zwischenergebnis eine revisionsrechtlich relevante Veränderung im Gesundheitszustand zum Referenzzeitpunkt Juni 2010 (vgl. E. 3.1 hiervor) überhaupt ausgewiesen ist, kann offen bleiben, da – wie nachfolgend dargelegt wird (vgl. E. 6 hiernach) – ohnehin kein Rentenanspruch begründet ist.

Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2) kann demnach auf weitere Beweiserhebungen verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

6.

6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

6.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

6.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300).

Gestützt auf die Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 11. November 2011 (act. II 72) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens mit Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Mai 2012. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war in diesem Zeitpunkt erfüllt

(act. II 67.1 S. 44). Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2012 hin vorzunehmen.

6.3.1 Der Beschwerdeführer war bis am 31. August 2009 bei der M._____ tätig und ging anschliessend keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (act. II 12, 141.1 S. 26). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen – entsprechend dem rechtskräftigen Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 13. Oktober 2010, IV/2010/757, E. 4.2.2 – anhand der Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin betreffend das Jahr 2008 in der Höhe von Fr. 67'353.-- festgelegt hat. Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2012 (Fr. 67'353.-- : 119.5 x 124.9 [Tabelle T1.93, Nominallohnindex 1993-2010 und 2011-2017, Abschnitt F, Baugewerbe, Index Jahr 2008: 119.5 Punkte, Index Jahr 2012: 124.9 Punkte, abrufbar auf www.bfs.admin.ch]) beträgt das Valideneinkommen Fr. 70'397.--.

6.3.2 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens keine neue Arbeit aufgenommen hat. Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil gemäss den Gutachtern der MEDAS F._____ (act. II 196.1 S. 26) ist das Invalideneinkommen – entsprechend dem Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (act. II 222 S. 4) – gestützt auf die Tabellenlöhne zu berechnen. Gemäss LSE 2012, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, beträgt das durchschnittliche Einkommen für Hilfsarbeiten über sämtliche Wirtschaftszweige Fr. 5'210.-- pro Monat (Totalwert). Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, ab 2004-2017, Total, 2012) anzupassen. Ferner ist der unbestritten gebliebene, von der Beschwerdegegnerin zugestandene leidensbedingte Abzug von 5% (act. II 222 S. 4) vorzunehmen. Daraus resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 61'918.-- (Fr. 5'210.-- x 12 : 40 x 41.7 - 5%).

6.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'397.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 61'918.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von

Fr. 8'479.--, was einem gerundeten Invaliditätsgrad von 12% entspricht. Es besteht somit auch weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

7. Mit Blick auf die dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeiten (vgl. Zumutbarkeitsprofil gemäss der MEDAS F._____ Gutachten, act. II 196.1 S. 26) besteht auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein genügend breites Spektrum an Verweistätigkeiten, denen er ohne weiteres nachgehen könnte. Berufliche Massnahmen sind daher praxisgemäss nicht angezeigt und wären überdies aufgrund der ausgewiesenen Aggravation ohnehin nicht zielführend. Demnach ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auf die Durchführung von beruflichen Massnahmen verzichtet hat.

8. Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2017 (act. II 222) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

9.

9.1 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.

9.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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
 - 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.