

200 17 66 IV
SCI/ABE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Juni 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2009 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an, wobei er auf ein Aufmerksamkeitsdefizit und eine Depression hinwies (Antwortbeilage [AB] 2). Nachdem die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen vorgenommen hatte (AB 4 ff.), wies sie das Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Leidens mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 2. September 2009 (AB 19) ab.

Nach einer weiteren Anmeldung im April 2010 (AB 21) liess die IVB den Versicherten psychiatrisch und neuropsychologisch untersuchen. Insbesondere gestützt auf die entsprechenden Gutachten vom 23. Dezember 2010 (AB 30) und vom 2. August 2011 (AB 34.1) verneinte die IVB mit Verfügung vom 3. Mai 2012 (AB 41) einen Rentenanspruch erneut (Invaliditätsgrad: 13%). Auch dieser Verwaltungsakt blieb unangefochten.

In der Folge gewährte die IVB zunächst Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 49) und erteilte alsdann Kostengutsprache für ein externes Coaching von April bis September 2013 (AB 50, 53). Nachdem sich der Versicherte für einen Verbleib am bisherigen Arbeitsplatz entschieden hatte (vgl. AB 57), wurden die beruflichen Massnahmen per 31. Juli 2013 abgeschlossen (AB 58).

Am 30. April 2015 (AB 65) resp. am 19. Juni 2015 (AB 76) meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an. Daraufhin machte die IVB ihn darauf aufmerksam, dass eine Neuanmeldung nur geprüft werde, wenn eine massgebliche Änderung seit 2012 (vgl. AB 41) glaubhaft gemacht werde (AB 79). Nach Eingang von ärztlichen Berichten (AB 81/2, 88/2) erteilte die IVB Kostengutsprache für ein Coaching zur Erhaltung des Arbeitsplatzes (AB 82, 94, 103) und veranlasste auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 98/3) eine weitere psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung (AB 99). Gestützt auf die entsprechende Expertise der MEDAS C. _____ (MEDAS) vom 6. September 2016

(AB 109.1) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 111 ff.) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch erneut, da sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung nicht wesentlich verändert hätten. In einer angepassten Tätigkeit bestehe nach wie vor eine grundsätzlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Verfügung vom 5. Dezember 2016 [AB 123]). Zudem wurde am 13. Oktober 2016 das Arbeitsvermittlungsdossier geschlossen (AB 114).

B.

Gegen die Verfügung vom 5. Dezember 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, am 23. Januar 2017 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung vom 5.12.2016 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Leistungen nach IVG auszurichten.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, das berufliche Leistungspotential des Beschwerdeführers abzuklären und danach erneut über seinen Leistungsanspruch zu entscheiden.
4. Subeventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einzuholen.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, auf das MEDAS-Gutachten vom 6. September 2016 könne nicht abgestellt werden. Zum einen erfülle es spezifische Qualitätsleitlinien nicht und zum anderen stehe die gutachterliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in krassem Widerspruch zu Beurteilungen anderer Fachpersonen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 123), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Wurde eine Rente 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

(Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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 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). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b

S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 3. Mai 2012 (AB 41) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 123) zu vergleichen ist (E. 2.4 hiavor).

3.1 In der Verfügung vom 3. Mai 2012 (AB 41) wurde in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10% beim Invalideneinkommen ein Invaliditätsgrad von 13% errechnet. In medizinischer Hinsicht lagen im Wesentlichen folgende Einschätzungen vor:

3.1.1 In der psychiatrischen Expertise vom 23. Dezember 2010 (AB 30) nannte Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen:

- Verdacht auf hyperkinetische Störung (ICD-10 F90)
- Status nach depressiven Reaktionen (ICD-10 F43.20)
- Status nach Burn-out (ICD-10 Z73.0)

Es könne auf mehrere Krisen wegen Berufsproblemen hingewiesen werden. Die Schilderungen des Exploranden würden auf depressive Reaktionen schliessen lassen, die sich bald zurückgebildet hätten. Oft hätten sich auch Anteile eines Burn-out gezeigt, da er langsamer gewesen sei als die anderen Mitarbeiter und deshalb mehr Energie benötigt habe, unter anderem in Form von Überstunden. Derzeit sei der Explorand nicht depressiv und zeige keine Konzentrationsstörungen; affektive Probleme seien ebenfalls nicht vorhanden. Anlässlich der klinischen Untersuchung sei es nicht möglich gewesen, ein ADHS zu verifizieren oder auszuschliessen. Die aus psychiatrischer Sicht derzeit gestellten Diagnosen würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Es beständen jedoch limitierende Bedingungen, die teilweise krankheitsfremder Natur seien. Er empfahl eine neuropsychologische Abklärung.

3.1.2 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste (E. _____) vom 18. März 2011 (AB 33/2) wurde als Diagnose ein seit Geburt bestehendes Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) genannt. Der Patient habe sich im Januar 2011 erstmalig zur Abklärung in der Autismussprechstunde vorgestellt. Bei der

Erhebung der Entwicklungsanamnese hätten Auffälligkeiten bereits im Kleinkindalter erfragt werden können. Der Versicherte leide unter deutlichen Defiziten, insbesondere im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation. Eingeschränkt seien u.a. das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit. Unter der Voraussetzung, dass ein geeigneter Ausbildungs- oder Arbeitsplatz gefunden werde, an dem angemessen auf die Stärken zurückgegriffen und auf die Defizite Rücksicht genommen werde, bestehe keine grundsätzlich verminderte Leistungsfähigkeit. Da jedoch in Bereichen mit sozialer Interaktion (z.B. Teamarbeit) die Ansprüche deutlich reduziert werden müssten, sei eine erfolgreiche Integration nur möglich, wenn der Arbeitgeber bereit sei, sich auf das Störungsbild einzulassen.

3.1.3 Im neuropsychologischen Gutachten vom 2. August 2011 (AB 34.1) nannte lic. phil. F. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, folgende Diagnose: Vereinzelt spezifische kognitive Funktionseinschränkungen, insbesondere das Gedächtnis betreffend (S. 14). Im Vordergrund ständen jedoch psychiatrische Störungsbilder (Asperger-Syndrom und Neigung zu Depressionen). Die in Vorberichten erwähnte Diagnose eines ADHS stehe in schlechter Übereinstimmung zu den Ergebnissen der aktuellen Untersuchung, wo die Leistungen in den ADHS-relevanten Bereichen gut erhalten gewesen seien (selektive Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, Handlungsplanung, kognitive Umstellfähigkeit). Auch im klinischen Eindruck seien keine Hinweise für eine ADHS-Symptomatik erkennbar gewesen; der Explorand habe weder in der Verhaltenssteuerung auffällig noch anderswie unruhig, hyperaktiv oder besonders ablenkbar gewirkt. Auch die Informationen zur Vorgeschichte deuteten nicht klar auf eine ADHS-Symptomatik hin. Insgesamt deute das Befundbild nicht auf eine ADHS hin (S. 12 f.). Aus rein neuropsychologischer Sicht sei aus dem Befund nicht zwingend eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit abzuleiten. Hingegen sei von einer Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit auszugehen, welche sowohl in der früheren Tätigkeit als ... und auch in der jetzigen Tätigkeit als ... auf höchstens 20% zu schätzen sei (S. 15).

3.2 Für den massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 5. Dezember 2016 (AB 123) lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht der Klinik G. _____ vom 7. Juli 2015 (AB 81/2) betreffend die stationäre Behandlung vom 5. März bis zum 16. April 2015 wurden folgende Diagnosen genannt:

1. Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5)
2. Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)
3. Vitamin-D-Mangel, substituiert (ICD-10 E55.9)
4. Eisenmangel, substituiert (ICD-10 E61.1)

Kennzeichnend für den Patienten sei, dass er in allen bisherigen beruflichen Tätigkeiten jeweils positive Feedbacks erhalten und jene auch gern ausgeführt habe, sie für ihn jedoch enorm kräfteaufwendend und zeitintensiv (gewesen) seien. In den Einzelsitzungen während der Hospitalisation sei vor allem die Situation am aktuellen Arbeitsplatz im Vordergrund gestanden. Der Patient sei schon seit längerer Zeit mit der Arbeit überfordert, namentlich weil immer wieder unvorhergesehene Aufgaben anfallen würden. Routinearbeiten würden ihm keine Mühe bereiten, wobei er – bedingt durch seinen Perfektionismus und die Zwanghaftigkeit – auch dort viel Zeit benötige. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf deutlich verbessert; der zeitlich begrenzte Ausstieg aus dem Arbeitsalltag und aus dem familiären Umfeld schein zu einer grossen Entlastung geführt zu haben.

3.2.2 Im Bericht der Spitäler H. _____ AG vom 21. Juli 2015 (AB 78/2) wurden die Diagnosen Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) und rezidivierende depressive Störung, aktuell Teilremission (ICD-10 F33.11), genannt. Nach der Stabilisation in der Klinik G. _____ habe der Patient Unterstützung gewünscht betreffend seine Arbeitssituation; daneben seien auch die Erarbeitung von Copingmechanismen bezüglich des Asperger-Syndroms und eine weitere Linderung der depressiven Symptomatik angestrebt worden. Grundsätzlich handle es sich beim Asperger-Syndrom nicht um eine heilbare Krankheit im engeren Sinn, weshalb erneute Stimmungseinbrüche im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung nicht auszuschliessen seien. Der Patient habe Mühe mit Veränderungen bei der Arbeit, brauche viel Struktur, habe Konzentrationsprobleme und Kommunikationsschwierig-

keiten und tue sich schwer, sich abzugrenzen. In Frage kämen einfache, strukturierte Arbeiten ohne viel Verantwortung und ohne Organisationsanspruch. Nicht empfehlenswert sei Multi-Tasking. Zu empfehlen seien möglichst regelmässige und gleichbleibende Aufgabeninhalte ohne Veränderungen in den Abläufen oder der Aufgabenstruktur sowie regelmässiges Einbauen von Pausen und Rückzugsmöglichkeiten. Er benötige eine direkte Ansprechperson. Die aktuelle Tätigkeit erscheine aus psychiatrischer Sicht weiterhin zumutbar und theoretisch den Beeinträchtigungen angepasst. Momentan wäre auch in einer anderweitigen Tätigkeit nicht mit einer höheren Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

3.2.3 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Verlaufsbericht vom 18. November 2015 (AB 88/2) an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Sie diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung derzeit leichten Grades (ICD-10 F33.0), im Frühjahr 2015 mittleren Grades, und eine Autismusspektrumstörung (Aspergerautismus; ICD-10 F84.5). Der Patient arbeite zurzeit zu 30% und benötige selbst mit diesem Pensum eine verlängerte Erholungszeit. Er realisiere mit grosser Trauer, dass er trotz hoher Intelligenz und vielen Begabungen nicht in der Lage sei, im Berufsleben zu bestehen. Sie sehe ihn primär in einem geschützten Rahmen. Bei entsprechend angepasster Tätigkeit wäre eine Halbtagesbeschäftigung bewältigbar.

3.2.4 Im psychiatrisch-neuropsychologischen MEDAS-Gutachten vom 6. September 2016 (AB 109.1/2) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 19):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
 - Leichte kognitive Minderleistungen

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5)

Aus psychiatrischer Sicht könne beim Exploranden auf affektiver Ebene eine rezidivierende depressive Störung zur Kenntnis genommen werden, gegenwärtig einer leichten Episode entsprechend. Die affektive Störung bewirke eine Leistungseinbusse von 20%. Das aktenmässig dokumentierte Asperger-Syndrom bestehe „grundsätzlich seit jeher“ und habe den Explo-

randen nie wesentlich in der Arbeitsfähigkeit beeinflusst. Die neuropsychologische Untersuchung habe leichte Einbussen ergeben, welche im Rahmen der psychiatrischen Einschätzung einzuordnen seien. Darüber hinaus lasse sich kein wesentlicher Befund erheben. Insbesondere stelle sich im Vergleich zur letzten neuropsychologischen Untersuchung (2011) eine Verbesserung dar; wahrscheinlich weil damals ein intermittierend stärkeres Beschwerdebild der Depression vorhanden gewesen sei. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% in jeglichen somatisch möglichen Tätigkeiten. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Auch in der Vergangenheit könne keine länger dauernde höhergradige Einschränkung abgeleitet werden. Das aktuelle 30%-ige Arbeitspensum sei aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht nicht erklärbar.

3.3 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).

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

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat bei Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 123) hauptsächlich auf das MEDAS-Gutachten vom 6. September 2016 (AB 109.1) abgestellt. Dieses ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Expertise ist in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet; sie erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an Gutachten und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die in der Beschwerde geäusserte formale wie inhaltliche Kritik am Gutachten verfängt – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht.

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens. Es entspreche nicht den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; vgl. Beschwerde, S. 11). Die Leitlinien verstehen sich als Empfehlung. Die IV-Stellen (resp. deren Regionale Ärztliche Dienste) sind aufsichtsbehördlich angewiesen, die Leitlinien bei eigenen klinischen Untersuchungen und bei der Dossieranalyse und für Aktengutachten sowie bei externen psychiatrischen Administrativgutachten als Raster für die Qualitätssicherung einzusetzen (IV-Rundschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] Nr. 313 vom 6. Juni 2012; BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Gutachter sollen sich damit im Grundsatz an diesen Richtlinien orientieren, ohne dass ein Abweichen jedoch zur Unverwertbarkeit des Gutachtens führen würde (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2017, 9C_44/2017, E. 4.4 mit Hinweis auf das Urteil vom 30. März 2017, 9C_88/2017, E. 3.3.1.1). Entscheidend ist allemal allein, dass das Gutachten eine auf vollständiger Befunderhebung und einlässlicher Diskussion basierende nachvollziehbare überzeugende Einschätzung der Situation darstellt. Dies ist hier der Fall. Ob die MEDAS-Expertise vom 6. September 2016 (AB 109.1) unter sämtlichen Gesichtspunkten den Leitlinien entspricht, bedarf daher keiner vertieften Prüfung. Was sodann die in der Beschwerde (S. 9 f.) erwähnten Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 anbelangt, sind diese im zu beurteilenden Fall nicht einschlägig: Der Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen nicht an einer somatoformen Schmerzstörung oder an einer

anderen Erkrankung aus dem Formenkreis der sog. unklaren syndromalen Beschwerdebilder bzw. psychosomatischen Störungen, womit die entsprechenden diagnosespezifischen Beurteilungskriterien hier entfallen.

3.5 Die MEDAS-Gutachter haben sich detailliert mit den Vorakten auseinandergesetzt. Beide Teilgutachten enthalten je eine Stellungnahme zu früheren Einschätzungen. Insbesondere der psychiatrische Gutachter hat sich ausführlich und kritisch mit den Einschätzungen sowohl der Vorgutachter als auch der ambulant und stationär behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Was Befundlage und deren medizinische Einschätzung betrifft, besteht unter den Ärzten schliesslich weitgehende Einigkeit. Der Experte legte damit in Übereinstimmung stehend schlüssig und nachvollziehbar dar, dass und weshalb kein ADHS, sondern ein – nicht besonders stark ausgeprägtes – Asperger-Syndrom vorliegt, und dass allein temporär, jedoch nicht gemittelt über den gesamten Verlauf, von einer mittelgradigen depressiven Episode mit einer vorübergehend höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann, d.h. die von der behandelnden Psychiaterin seit 2015 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70% bzw. Empfehlung einer Tätigkeit allein im geschützten Rahmen angesichts der Diagnosen und der erhobenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden kann (AB 109.1/15 f.).

3.5.1 Was die Depressivität anbelangt, ist nicht allein ausschlaggebend, wie die Symptomatik in diagnostischer Hinsicht benannt wird. Während im Vergleichszeitpunkt ein Status nach depressiven Reaktionen angenommen wurde (AB 30/5), stellten die MEDAS-Gutachter die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (AB 109.1/20). Ungeachtet dessen sind die gesundheitlichen Verhältnisse mit Blick auf den Vergleichszeitpunkt als unverändert zu qualifizieren. Bereits der psychiatrische Vorgutachter hat darauf hingewiesen, dass die Krisen im Zusammenhang mit Berufsproblemen auftreten (AB 30/6). Die konkrete Situation am Arbeitsplatz stand denn auch in der Folge im Vordergrund, sowohl im Rahmen der Hospitalisation in der Klinik G. _____ (vgl. AB 81/3) als auch in der anschliessenden ambulanten psychiatrischen Behandlung (vgl. AB 78/2). Sodann hat der MEDAS-Psychiater auf invaliditätsfremde Umstände, wie die unbefriedigenden Verhältnisse bei der

Arbeitsstelle sowie die schwierige finanzielle Situation, hingewiesen (AB 109.1/12) und den psychosozialen Belastungsfaktoren damit nach wie vor eine massgebende Rolle zugemessen. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, resultiert aufgrund der regelmässig guten Therapierbarkeit grundsätzlich keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Einzig in der (seltenen) Konstellation mit Therapieresistenz kommt eine solche in Frage (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3 f. mit Hinweisen). Dies ist hier nicht der Fall. Vielmehr konnte anlässlich der stationären Behandlung in ... eine deutliche Verbesserung insbesondere der depressiven Symptomatik erreicht werden. Der Beschwerdeführer konnte zudem von der Psychoedukation bezüglich Schlafhygiene profitieren und Bewältigungsstrategien erlernen (AB 81/4). Von einer therapieresistenten Symptomatik kann folglich nicht gesprochen werden. Dass eine rezidivierende depressive Störung vorübergehende Verschlechterungen und Verbesserungen mit sich bringt, ist diagnoseinhärent und stellt hier keine Änderung der Sachlage dar. Auch hierauf haben die MEDAS-Gutachter korrekt hingewiesen (AB 109.1/21). Darüber hinaus konnten anlässlich der Exploration – wie schon im massgebenden Vergleichszeitpunkt – keine weiteren relevanten psychopathologischen Befunde erhoben werden. Insbesondere haben die MEDAS-Gutachter trotz der etwas akzentuierten, zwanghaften und selbstbezogenen Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers eine Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar ausgeschlossen (AB 109.1/12).

3.5.2 In Bezug auf das breit anerkannte Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) haben die MEDAS-Gutachter korrekt dargelegt, dass dieses bereits vor 2012 diagnostizierte (vgl. E. 3.1.2 hiervor) Syndrom „grundsätzlich seit jeher“ (AB 109.1/21), d.h. per definitionem bereits seit der Kindheit, bestehen resp. manifest sein muss (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 343; vgl. auch AB 33/2). Insoweit überzeugt die gutachterliche Schlussfolgerung ohne weiteres, dass dieser Entwicklungsstörung im vorliegenden Fall allein sehr beschränkt im Zusammenhang mit der depressiven Störung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukommen. Der Beschwerdeführer war – trotz be-

reits damals vorliegendem Asperger-Syndrom – während 14 Jahren (1993-2007) in der Lage, eine verantwortungs- und anspruchsvolle 100%-Stelle als ... in einer ... auszuüben (vgl. AB 4/6). Damit hat er den Tatbeweis erbracht, dass die Asperger-Symptome keine wesentliche Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zeitigen. Dies deckt sich zudem mit den auch anlässlich der Explorationen erhobenen Befunden, wonach keine nennenswerten Ermüdungserscheinungen oder relevanten Konzentrationsstörungen festgestellt werden konnten (vgl. AB 109.1/13; vgl. bereits AB 30, 34.1/11). Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, er sei bei der angestammten Tätigkeit in der ... aufgrund der sozialen Einstellung des Arbeitgebers resp. „aus Nächstenliebe lange toleriert“ (AB 109.1/9) bzw. getragen worden, überzeugt dies nicht. Bei einer derart langjährigen Anstellung mit einem nicht unbeachtlichen Einkommen (mit zudem jährlicher erheblicher Lohnerhöhung [vgl. AB 11/3]) kann nur der Schluss gezogen werden, dass der Beschwerdeführer die geforderte Leistung erbracht haben muss, d.h. die nunmehr geltend gemachten massiven Einschränkungen zweifellos nicht durch das (seit Kindheit bestehende) Asperger-Syndrom erklärt werden können. Insofern vermag die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. _____ nicht zu überzeugen, begründet sie die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70% doch allein mit dem „Aspergerautismus“ (AB 88/2, 121/3). Nach dem Ausgeführten ist darin jedenfalls keine Verschlechterung zu erblicken, sondern es ist vielmehr von einer anderen Beurteilung eines gleichen Sachverhalts auszugehen, der unter revisionsrechtlichem und folglich auch unter neuanmeldungsrechtlichem Gesichtswinkel unbeachtlich ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11). Damit kann die Frage offen gelassen werden, welche Aussagekraft der Einschätzung des Leistungsvermögens mittels „Mini-ICF-P“ (AB 88/2), einem Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen, zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Oktober 2014, 8C_398/2014, E. 4.2 f.).

3.5.3 Soweit in der Beschwerde (S. 12) schliesslich geltend gemacht wird, die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter ständen „in krassem Widerspruch“ zu den übrigen Beurteilungen des Gesundheitszustands und namentlich zu Arbeitsfähigkeitseinschätzungen anderer Ärzte, vermag dies die Beweiskraft der Expertise ebenfalls nicht zu entkräften. Abgesehen

davon, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353), ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten Experten anderseits hinzuweisen. Diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da Letztere hier keine wichtigen Aspekte benannt haben, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, führt die Divergenz in den Beurteilungen nicht zur Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht auf das voll beweiskräftige interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 6. September 2016 (AB 109.1) abgestellt. Zusammenfassend präsentiert sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (AB 41) als im Wesentlichen unverändert (vgl. auch AB 122/3).

Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nach wie vor nicht hinreichend verwertet bzw. seit 2009 allein zu 60% angestellt (vgl. AB 20, 83/9) bzw. seit 2015 zu 30% arbeitstätig ist (vgl. AB 84/2, 88/3, 90/1). Auch die Empfehlung der als Coach beigezogenen Heil- und Sozialpädagogin, die bisherige Tätigkeit zu einem Pensum von 30% beizubehalten und mit einer Invalidenrente zu ergänzen (vgl. Schlussbericht vom 18. November 2016 [AB 120/2]), vermag zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt (dazu vgl. E. 2.1 hiervor) gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Wenn der aktuelle Arbeitgeber dem Beschwerdeführer die Stelle voraussichtlich noch allein zu einem Pensum von 30% anbieten wird (vgl. AB 118/11), kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, die Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar.

Unabhängig vom effektiven Pensum bei der aktuellen Stelle fehlt es auch in erwerblicher Hinsicht an einem Revisionsgrund. Denn bereits im Vergleichszeitpunkt hat der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht hinreichend verwertet und die Beschwerdegegnerin zog zur Ermittlung des Invalideneinkommens bereits bei Erlass der Verfügung von 2012 sogenannte Tabellenlöhne bei (AB 41/2). Bei dieser Ausgangslage ist keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen (vgl. E. 2.4 hier-vor); obsolet ist insbesondere die Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs.

3.6 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 123) ist 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.

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

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (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

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.