

200 17 807 IV
LOU/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Juni 2019

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 4. September 2017
(8C_135/2017)



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 6. November 2013 mit Hinweis auf einen am 18. Mai 2012 erlittenen Schlaganfall bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II; eingereicht im Verfahren IV/2015/1109] act. II 1). Nach Vornahme diverser Abklärungen und Gewährung eines Aufbautrainings (act. II 27) verneinte die IVB mit Verfügung vom 10. November 2015 (act. II 59) einen Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung, da keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege.

Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 14. Dezember 2015 wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 10. Januar 2017 ab (VGE IV/2015/1109 [Gerichtsakten, pag. 12-26]).

Das Bundesgericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 4. September 2017 (8C_135/2017 [Gerichtsakten, pag. 2-11]) gut. Das kantonale Urteil (VGE IV/2015/1109) wurde aufgehoben und die Sache wurde zu neuer Entscheidung an das Verwaltungsgericht zurückgewiesen.

B.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. April 2018 teilte der Instruktionsrichter den Parteien mit, dass er beabsichtige, bei der Medizinischen Abklärungsstation C._____ (MEDAS) ein Gerichtsgutachten einzuholen. Er gewährte den Parteien das rechtliche Gehör zu den vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachtern (dazu vgl. Schreiben der MEDAS vom 20. April 2018) sowie zum Fragekatalog (vgl. auch Schreiben des Instruktionsrichters vom 13. März 2018 an die MEDAS).

Mit Eingaben vom 8. und 15. Mai 2018 teilten die Parteien mit, dass weder Einwände beständen noch Ergänzungsfragen beantragt würden.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Mai 2018 wurde die MEDAS mit der Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. August 2018 wurde den Parteien mitgeteilt, dass die MEDAS zusätzlich eine schlafmedizinische Begutachtung als indiziert erachte. Damit und mit dem vorgesehenen Gutachter erklärten sich die Parteien mit Eingaben vom 29. August und vom 7. September 2018 einverstanden, worauf der Instruktionsrichter die MEDAS am 10. September 2018 mit der ergänzenden Untersuchung beauftragte.

Am 5. Dezember 2018 ging das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS (datierend vom 28. November 2018) beim Gericht ein.

Mit Eingaben vom 20. Dezember 2018 und vom 29. Januar 2019 nahmen die Parteien Stellung zum Gutachten und hielten an ihren Rechtsbegehren fest. Der Beschwerdeführer beantragte zudem eine Verlaufsbeurteilung.

Am 1. Februar 2019 ersuchte der Instruktionsrichter die MEDAS um ergänzende Angaben. Die entsprechende Stellungnahme der MEDAS kam dem Gericht am 6. März 2019 zu.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 7. März 2019) liess der Beschwerdeführer dem Gericht am 11. April 2019 einen Bericht des behandelnden Pneumologen vom 9. April 2019 zukommen. Die entsprechende Eingabe samt Beilage ging am 15. April 2019 an die Beschwerdegegnerin, welche am 23. April 2019 auf eine weitere Stellungnahme verzichtete.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid (Verfügung vom 10. November 2015 [act. II 59]) 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 Verwaltungsverfahren 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 10. November 2015 (act. II 59). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

reich, 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neurologie, hielt im Bericht vom 20. März 2014 (act. II 26/3) fest, die neuro- und leistungspsychologische Abklärung berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen ergebe hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten bzw. bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen beständen nicht. Im dazugehörigen Fragebogen vom 17. März

2014 (act. II 42/2) wurde im Rahmen der Verhaltensbeobachtung (Ziff. III) u.a. festgehalten, der Explorand sei wenig belastbar. Die Kooperation sei gut gewesen; eine Aggravation/Simulation liege nicht vor. Unter Zeitlimitation bestehe eine Stressanfälligkeit. Im Bereich der kognitiven Funktionen (Ziff. V) beständen im Sinne einer Interpretation der Testergebnisse leichte Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und mittelschwere Beeinträchtigungen der verbalen Merkspanne. Der Antrieb sei leicht, das Planungsverhalten mittelschwer beeinträchtigt.

3.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verneinte im Konsilium vom 28. März 2014 (act. II 26/2) Hinweise für eine forcierte Aggravation. Es lägen subjektzentriert kongruente und glaubhafte eigenanamnestische Angaben vor. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit verwies er auf die Beurteilung von Dr. med. D. _____.

3.1.3 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, RAD, nannte in der Stellungnahme vom 6. Februar 2015 (act. II 37/8) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Kleiner frischer ischämischer Insult im distalen Versorgungsgebiet der A. cerebri media rechts am 18. Mai 2012 mit vorübergehenden sensomotorischem Hemisyndrom links; kein Residuum. Ein objektiver Nachweis für die funktionellen Einschränkungen liege nicht vor. Zumutbar seien Arbeiten beliebiger körperlicher Schwere mit betriebsüblichen Pausen (vollschieftig). Ausgeschlossen seien Akkordarbeit und regelmässige Nachtschichten. Es lägen keine Befunde vor, die eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens begründeten, insbesondere beständen keine neuropsychologischen Defizite. Die seit 2013 attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien medizinisch nicht nachvollziehbar begründet und nicht plausibel.

3.1.4 Dem bei der MEDAS eingeholten Gerichtsgutachten vom 28. November 2018 (im Gerichtsossier) sind – nach allgemeininternistischen, psychiatrischen, neurologisch-schlafmedizinischen und neuropsychologischen Untersuchungen – folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 8):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Anhaltende, leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, 32.1)
2. Erhöhte Tagesschläfrigkeit multifaktoriell bedingt

- schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, AHI 31,9/h (ICD-10 G47.31), neu diagnostiziert, bisher unbehandelt
- DD Co-Faktoren post stroke fatigue, psychogene Störung
- im Multiplen Schlaflatenz-Test normales Resultat

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Beginnendes metabolisches Syndrom
 - grenzwertige Adipositas (BMI 29,5 kg/m²; ICD-10 E66.0)
 - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2)
 - Hyperurikämie, unbehandelt, asymptomatisch (ICD-10 E79.0)
2. Status nach ischämischem Infarkt im Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media rechts am 18.05.2012 mit passagerem sensomotorischem Hemi-syndrom links, wahrscheinlich kryptogener Ursache (ICD-10 I63.4)
3. Status nach Schnittverletzung Dig. II rechts 10.12.2015

Im Vordergrund der Beurteilung stehe die Evaluation der Hauptsymptome: rasche Ermüdbarkeit, erhöhte Schlafneigung vor allem nachmittags, verminderte Konzentration und unkontrollierte Zuckungen. Nach der neurologisch-schlafmedizinischen Untersuchung sei unklar geblieben, wie das Geschehen befundmässig und diagnostisch einzuordnen sei. Deshalb sei eine ergänzende Schlaflaboruntersuchung durchgeführt worden. Diese habe ein (aufgrund der klinischen Angaben nicht erwartetes) schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ergeben, das bisher nicht erkannt und auch nicht behandelt worden sei. Als objektiver Parameter sei der Schlaflatenztest anzuführen, womit die Einschlafneigung bzw. die Einschlafzeit objektiv gemessen werde. Bei der angegebenen Symptomatik wäre eine deutlich verminderte Zeit bzw. ein schnell eintretender Schlaf zu erwarten gewesen (erhöhter Schlafdruck). Dies sei aber nicht der Fall gewesen. Die Zuckungen hätten keinem objektiven neurologischen Korrelat zugeordnet werden können. Die neuropsychologische Untersuchung habe bis auf die verminderte Konzentration im Verlauf der Untersuchung keine auffälligen Befunde ergeben. Insgesamt sei aus neurologisch-schlafmedizinischer und neuropsychologischer Sicht festzustellen, dass einerseits ein überwiegend funktionelles, also überlagertes Geschehen vorhanden sei. Gleichzeitig bestehe ein „objektiver Kern“ in Form des unbehandelten, schweren Schlafapnoe-Syndroms, weshalb eine Leistungseinbusse mit diesem Be-

fund grundsätzlich begründbar sei. Ob die Symptomatologie bei adäquater Behandlung verschwinde, sei eine andere Frage. Würde sie verschwinden, wäre die Symptomatik adäquat dem Schlafapnoe-Syndrom zuzuordnen. Würde sie bleiben, wäre das Geschehen durch die funktionelle Überlagerung erklärt und der Befund des schweren Schlafapnoe-Syndroms quasi als asymptomatischer Zufallsbefund zu werten. Die psychiatrische Untersuchung habe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode ergeben, wobei eine Organizität aus psychiatrischer Sicht nicht zu postulieren sei. Wegen der affektiven Störung sei die Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt. Allgemeininternistisch beständen keine Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit relevant auswirken würden (S. 9).

Als nichtmedizinischer Belastungsfaktor sei zu erwähnen, dass der Explo- rand eine Anstellung mit höherer Verantwortung gehabt habe, der er beruf- lich und altersmässig möglicherweise nicht oder nur unter hoher Anstren- gung gewachsen gewesen sei (S. 9). Dies könnte das (rein medizinisch nicht erklärbare) Schema erklären, dass er nach dem abgeheilten Insult zweimal wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen, aber jeweils nicht reüssiert habe und wieder arbeitsunfähig geschrieben worden sei (S. 10).

Für die angestammten Tätigkeiten (... [vgl. S. 10, Ziff. 4.6.1]) sei bei unbe- handeltem Schlafapnoe-Syndrom von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% bzw. 60% auszugehen. Bei behandeltem Schlafapnoe-Syndrom läge eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% vor (S. 10 [Ziff. 4.6.3]).

Von Mai bis August 2012 könne für alle (angestammten) Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit und bis November 2012 eine 50%-ige Arbeitsfä- higkeit angenommen werden. Von Dezember 2012 bis November 2013 habe keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Ab Dezember 2013 sei sodann eine um 20% eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzunehmen. Im weiteren Verlauf sei die Angabe der Arbeitsfähigkeit arbiträr, da retrospek- tiv nicht zu eruieren sei, wann das nun diagnostizierte, wahrscheinlich aber schon länger vorliegende Schlafapnoe-Syndrom relevant geworden sei. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 10 [Ziff. 4.6.3]) werde arbiträr ab März 2014 über die Zeit gemittelt angenommen. Sollte sich nach der Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms zeigen, dass die einschränkende Schlafsym- ptomatik nicht mehr oder nur noch marginal vorhanden sei, könnte ab

Oktober 2018 nur noch die psychiatrisch zu 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Würde sich bei Durchführung der adäquaten Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms zeigen, dass die potentiell dem Schlafapnoe-Syndrom zuordenbare Symptomatologie nicht verschwinde, wäre mangels Authentizität der Symptome schon ab März 2014 (bzw. durchgehend seit Dezember 2013) eine allein 20%-ige Einschränkung anzunehmen (S. 11).

Angepasste, d.h. jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seien bei behandeltem Schlafapnoe-Syndrom zu 7 bis 8 Stunden pro Tag möglich. Dabei bestehe ein leicht reduziertes Rendement mit entsprechender Leistungseinbusse. Insgesamt bestehe eine 80%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung sei unter der Annahme des behandelten Schlafapnoe-Syndroms sicher ab Oktober 2018 zu bestätigen. Sollte sich bei Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms keine Veränderung der Symptomatologie zeigen, wäre diese Einschätzung schon ab Oktober 2013 anzunehmen (S. 11).

3.1.5 Dr. med. G._____, Facharzt für Pneumologie, berichtete am 26. Januar 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2), Ende Dezember 2018 sei mit der Schlafapnoe-Therapie begonnen worden. Drei Monate nach Therapiebeginn sei eine Reevaluation der Müdigkeitsproblematik sinnvoll. Sollte die Müdigkeit unter adäquater Therapie persistieren, sei gegebenenfalls eine erneute neurologische Beurteilung durchzuführen betreffend die Frage, inwieweit der cerebrovaskuläre Insult (2012) als weiterer Faktor in der Problematik zu werten sei.

3.1.6 In der Stellungnahme der MEDAS vom 25. Februar 2019 (im Gerichtsossier) wurde dargelegt, die Vermutung des behandelnden Pneumologen, dass bei persistierender Müdigkeit Folgeprobleme des cerebrovaskulären Insults von 2012 zu diskutieren seien, sei nicht nachvollziehbar. Persistierte die Müdigkeit trotz adäquater Behandlung (des Schlafapnoe-Syndroms), sei vielmehr ein nichtmedizinisches Geschehen als Erklärung anzunehmen.

3.1.7 Dr. med. G._____, berichtete am 9. April 2019 (BB 3), gemäss Gerätedaten zeige sich eine kontrollierte Schlafapnoe. Subjektiv profitiere

der Patient von einer besseren Schlafqualität. Bezüglich der Tagesschläfrigkeit bestehe jedoch nur eine allfällige geringe Verbesserung. Die Symptomatik mit progredienter Erschöpfung im Tagesverlauf werde vom Patienten eindeutig mit dem cerebrovaskulären Insult 2012 assoziiert, weshalb eine neurologische Beurteilung sinnvoll sei. Da trotz adäquat therapierter Schlafapnoe die Tagesschläfrigkeit unverändert persistiere, sei für den Patienten ein Arbeitspensum von 80% weiterhin nicht vorstellbar; aufgrund der Tagesschläfrigkeit sei er jeweils am Nachmittag über ca. 2 Stunden gezwungen, zu schlafen.

3.2 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhalts-hypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

3.3 Vorliegend war ein Gerichtsgutachten einzuholen. Das Protokoll betreffend die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung vom 17. März 2014 (act. II 42/2) weckte in Verbindung mit den Berichten der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 20. und 28. März 2014 (act. II 26/2 f.) „mindestens geringe Zweifel an der Beurteilung des RAD“. Die Einschätzung der RAD-Ärztin (Psychiaterin und Neurologin; act. II 37/3, 44/2, 58/3) war deshalb nicht geeignet, einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden verlässlich zu verneinen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. September 2017, 8C_135/2017, E. 4.4).

Das Gerichtsgutachten vom 28. November 2018 (im Gerichtsossier) erfüllt die beweisrechtlichen Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen. Es beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Gutachter haben die Befundlage sorgfältig erhoben, die gestellten Diagnosen und die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einlässlich begründet. Dabei orientierten sich die Experten namentlich auch an den normativen Vorgaben betreffend das strukturierte Beweisverfahren. Die Expertise überzeugt und es ist darauf abzustellen. Zwingende Gründe für die Abweichung von der Einschätzung der gerichtlich bestellten medizinischen Experten (vgl. E. 3.2 hiervor) bestehen nicht (vgl. sogleich).

3.4 Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, es sei eine Verlaufsbegutachtung indiziert (Eingabe vom 29. Januar 2019, S. 3), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Berichte des behandelnden Pneumologen Dr. med. G. _____ vom 26. Januar 2019 (act. I 2) und vom 9. April 2019 (act. I 3) vermögen die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen:

3.4.1 In Bezug auf das Schlafapnoe-Syndrom, das erst anlässlich der von den MEDAS-Gutachtern empfohlenen ergänzenden Schlaflaboruntersuchung und „überraschenderweise“ (Gutachten, S. 41) festgestellt worden war, ist den Berichten des behandelnden Pneumologen zu entnehmen, dass mittlerweile eine kontrollierte Situation vorliegt. Dr. med. G. _____ berichtete weiter, dass der Beschwerdeführer die zumutbare (vgl. Entscheidung des BGer vom 26. Mai 2010, 8C_53/2010, E. 5.2.1 [betreffend CPAP-Therapie]) APAP-Therapie (Automatic Positive Airway Pressure) konsequent einhält und er von einer besseren Schlafqualität profitiert. Während der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der schlafmedizinischen Untersuchung im Rahmen der MEDAS-Begutachtung noch einen Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 31.9/h bzw. 31.6/h aufwies (Gutachten, S. 38 und S. 41), was einem schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom entspricht, liegt der AHI unter der APAP-Therapie mit konsequent angewandter Nutzung aktuell noch bei lediglich 1.2/h (act. I 3, S. 2).

3.4.2 Was hingegen die gemäss Dr. med. G._____ vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagte Müdigkeit und die Tagesschläfrigkeit anbelangt, ist zu beachten, dass der ESS-Wert (Epworth Sleepiness Scale) einzig die retrospektive subjektive Einschätzung der Personen wiedergibt (zum Ganzen: www.wikipedia.ch). Für diesen Fall haben die MEDAS-Experten die Indikation einer erneuten neurologischen Begutachtung bereits im Gutachten (S. 11) mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung auch aus neurologischer Sicht verneint (vgl. auch Stellungnahme vom 25. Februar 2019, S. 2). Für den Fall, dass die gutachterlich sorgfältig abgeklärte Symptomatologie – d.h. insbesondere die Müdigkeit –, die potentiell dem Schlafapnoe-Syndrom zuordenbar wäre, trotz Behandlung nicht abklingt, wurde festgehalten, dass von keiner Authentizität dieser Symptome auszugehen sei. Damit wäre schon retrospektiv allein die (psychiatrisch begründete) 20%-ige Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzunehmen (S. 11), weil diesfalls das „ganze Geschehen durch die funktionelle Überlagerung erklärt und der Befund des schweren Schlafapnoe-Syndroms quasi als asymptomatischer Zufallsbefund zu werten“ (S. 9) wäre. Ein deutlich vermehrter Schlafdruck tagsüber war aufgrund des völlig normalen Einschlaf latenztests nicht objektivierbar. Die Gutachter gingen deshalb schon vor Beginn der Therapie von einer erheblichen funktionellen Überlagerung aus (vgl. Gutachten, S. 41). Die für den Fall des beschränkten Therapieerfolgs abgegebene Expertise ist – entgegen der Kritik des Beschwerdeführers (Eingabe vom 29. Januar 2019, S. 2 unten) – ohne weiteres nachvollziehbar und überzeugt.

Wenn Dr. med. G._____ in Erwägung zieht, die anhaltende Müdigkeit könnte möglicherweise auf den 2012 erlittenen Infarkt zurückzuführen sein (vgl. act. I 3, S. 2), vermag der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Der neurologische Gutachter hat diese Frage überzeugend verneint. Er legte dar, dass Patienten, die im Anschluss an einen Hirninfarkt eine Fatigue-Symptomatik entwickeln, eine durchgehende vermehrte Müdigkeit beklagen würden. Dies sei beim Beschwerdeführer jedoch nicht der Fall; vielmehr sei seine Müdigkeit eindeutig an den Tagesablauf gebunden bzw. trete immer (erst) am Nachmittag auf (Gutachten, S. 41). Mit diesen schlüssigen, im Gesamtgutachten eingebundenen, fachärztlichen Ausführungen setzte sich Dr. med. G._____ nicht aus-

einander, wobei offen bleiben kann, ob er vom Gutachten überhaupt Kenntnis hatte. Aus diesen Gründen und mit Blick auf die in der Expertise mehrfach genannten Inkonsistenzen (z.B. nicht authentisches Zucken [S. 10], nicht nachvollziehbare Gangunsicherheit [S. 40], völlig normaler Einschlaflatenztest [S. 41]) kann aus den beim behandelnden Arzt präsentierten ESS-Werten weder eine relevante Einschränkung in der Leistungsfähigkeit abgeleitet werden noch geben sie Anlass zu einer erneuten (Verlaufs-)Begutachtung.

3.5 Damit besteht für die angestammte Tätigkeit seit Dezember 2013 und für angepasste Tätigkeiten seit Oktober 2013 eine 20%-ige Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Gutachten, S. 11). Ob diese (psychiatrisch begründete) Einschränkung auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 143 V 418, 141 V 281), braucht nicht näher geprüft zu werden. Denn im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, d.h. im Mai 2014 (vgl. act. II 1 [Anmeldung zum Leistungsbezug vom 11. November 2013]; Art. 29 Abs. 1 IVG) erreicht die Arbeitsunfähigkeit bereits aus medizinischer Sicht das zur Leistungsbegründung erforderliche Ausmass nicht mehr.

3.6 Zusammenfassend ist die Verfügung vom 10. November 2015 (act. II 59) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde 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. Zu beurteilen ist die Verfügung vom 10. November 2015 (act. II 59; vgl. Entscheid des BGer vom 31. März 2015, 8C_309/2014, E. 3.3.2). Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen. Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss (vgl. IV/2015/1109) entnommen.

4.2 Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens können der IV-Stelle nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn

die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen. Dies ist namentlich zu bejahen, wenn die Verwaltung einen offensichtlichen Widerspruch zwischen verschiedenen im Dossier enthaltenen medizinischen Beurteilungen nicht mit objektiver Begründung auflöst, die Verwaltung eine oder mehrere für die Beurteilung bzw. Würdigung der medizinischen Situation notwendigen Fragen offen lässt oder sich die Verwaltung auf ein Gutachten stützt, welches die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise offensichtlich nicht erfüllt. In diesen Fällen handelt es sich bei den Kosten des Gutachtens um Kosten des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG. Hat die Verwaltung hingegen den Untersuchungsgrundsatz eingehalten und sich auf schlüssige und übereinstimmende Unterlagen oder auf ein gemäss Rechtsprechung voll beweiskräftiges Gutachten gestützt und gibt das kantonale Gericht aus anderen Gründen (z.B. nach der Erstellung neuer medizinischer Berichte oder eines Privatgutachtens) ein Gerichtsgutachten in Auftrag, so können der Verwaltung die Gutachterkosten nicht überbunden werden. In diesem Fall handelt es sich bei den Gutachterkosten um Kosten des Gerichtsverfahrens im Sinne von Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Vorliegend war ein Gerichtsgutachten einzuholen, weil die Berichte des RAD (act. II 37/3, 44/2, 58/3), worauf sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung (act. II 59) gestützt hatte, die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Einschätzung nicht erfüllten bzw. nicht geeignet waren, einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden verlässlich zu verneinen (BGer 8C_135/2017, E. 4.4). Bei den Kosten des Gerichtsgutachtens (Fr. 12'971.80 + Fr. 151.80, d.h. von total Fr. 13'123.60 [Rechnungen im Gerichtsossier]) handelt es sich funktionell folglich um solche des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG, welche auf die Verwaltung zu überwälzen sind. Diese Kosten werden deshalb der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 13'123.60 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt und sind an die Gerichtskasse zu überweisen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. 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.