

200 18 685 IV
SCJ/SHE/RUL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 20. März 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. August 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1952 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 21. September 2009 unter Hinweis auf einen Arterienverschluss und Herzinfarkt bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II und act. IIA], act. II 13/3). Mit Verfügungen vom 20. September 2013 (act. II 114) und 23. Oktober 2013 (act. II 116) hob die IVB die 2011 zugesprochene Hilflosenentschädigung (act. II 58/2) sowie die Invalidenrente (act. II 56/2) im Rahmen einer Rentenrevision von Amtes wegen nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 103, 106 und 110) rückwirkend per 31. Dezember 2011 auf, da für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum Erlass der Verfügungen eine unrechtmässige Erwirkung der Rente bzw. Hilflosenentschädigung vorgelegen habe (act. II 116 S. 3 und 114 S. 3). Zudem verpflichtete sie den Versicherten mit Verfügung vom 31. Oktober 2013 (act. II 118) zur Rückerstattung der ab Januar 2012 unrechtmässig bezogenen Leistungen im Umfang von Fr. 54'672.--. Die gegen die Verfügungen vom 20. September, 23. und 31. Oktober 2013 erhobenen Beschwerden (act. II 117/3 und 122/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 7. August 2014, IV/2013/... (act. II 148), ab, was das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 15. Mai 2015, 9C_680/2014 (act. II 159), bestätigte.

B.

Am 12. Dezember 2014 (act. II 156) meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Diese trat auf die Neuanschuldung ein (act. IIA 168) und holte im Rahmen der medizinischen Abklärungen Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 171, 174, 175 und 182) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 184 und 185) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Juni 2016 (act. IIA 189) bei einem Invaliditätsgrad von 14 % den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Beschwerde

(act. IIA 190/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 6. Juli 2017, IV/2016/744 (act. IIA 216), gut und wies die Sache an die IVB zurück, damit diese nach Vornahme weiterer Abklärungen neu verfüge.

In der Folge beauftragte die IVB die C._____ (MEDAS) mit der interdisziplinären Begutachtung des Versicherten (act. IIA 228). Gestützt auf deren interdisziplinäres Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) sowie die RAD-Stellungnahme vom 6. April 2018 (act. IIA 242) verneinte die IVB, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 243, 246, 248, 249), mit Verfügung vom 17. August 2018 (act. IIA 250) bei einem Invaliditätsgrad von 38 % den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

C.

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 19. September 2018 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Aufhebung der Verfügung vom 17. August 2018 (act. IIA 250) sei dem Versicherten spätestens mit Wirkung ab 1. März 2015 resp. ab wann rechtens eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. Eventualiter seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen. Weiter wird eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) mit zusätzlicher Parteibefragung beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. November 2018 wies der Instrukti-
onsrichter den Beweisantrag betreffend eine Parteibefragung ab.

Mit Stellungnahme vom 31. Dezember 2018 hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und verzichtet auf die Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung.

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 17. August 2018 (act. IIA 250). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Wartefrist. Der am 20. Dezember 1952 geborene Beschwerdeführer meldete sich am 12. Dezember 2014 (act. II 156) bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass sich der Beschwerdeführer für den Vorbezug der AHV-Rente ab Januar 2016 entschieden hat (act. IIA 183 S. 5) und der Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Entstehung des Anspruchs auf eine AHV-Rente unabhängig davon, ob die Rente im Sinne von Art. 40 AHVG vorbezogen wurde, erlischt (Art. 30 IVG; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV], Stand 1. Januar 2018, Rz. 2032), kann

eine Invalidenrente maximal ab Juni bis Dezember 2015 ausgerichtet werden. Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art 57 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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

2.3.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

2.3.3 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.3.4 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; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 12. Dezember 2014 eingetreten (act. IIA 168), weshalb die Eintretensfrage nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Oktober 2013 (act. II 116), mit welcher die ab dem 1. August 2010 laufende Invalidenrente per Ende Dezember 2011 aufgehoben worden ist, eine revisionsrechtlich relevante Änderung eingetreten ist und wenn ja, ob nunmehr eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

3.2 Im Hinblick auf die Verfügung vom 23. Oktober 2013 (act. II 116) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

3.2.1 Im Bericht vom 12. Februar 2013 (act. II 88) führte die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neurologie, aus, dass im Vordergrund der Beschwerden eine psychische Symptomatik mit Angstzuständen, Halluzinationen, eine Persönlichkeitsänderung mit Interessensverlust, ein sozialer Rückzug, Waschzwang und Gedächtnisstörungen stünden. Das Verhalten des Versicherten sei jedoch nicht konsistent. Es wirke fast, wie wenn er während der Anamneseerhebung diese Symptome ausleben und ausagieren würde. Während der körperlichen Untersuchung verhalte er sich dann aber praktisch unauffällig. Dies schliesse eine organisch neurologische Erkrankung, wie beispielsweise eine Demenz, praktisch aus. Es ma-

che den Eindruck, als ob die Symptome produziert würden. Ferner sei zu bedenken, dass die Fülle an Symptomen weit über die Diagnose einer Demenz hinausreiche. Aus neurologischen Gründen bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Die vaskuläre Pathologie (Herz/peripher arteriell) schliesse eine schwere körperliche oder regelmässige, mittelschwere körperliche Tätigkeit aus. Zusammenfassend sei aber das Vorliegen einer Demenz aufgrund der Vorakten und der Untersuchung sehr unwahrscheinlich (S. 5).

3.2.2 Dr. phil. E._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie vom RAD, diagnostizierte im Bericht vom 26. Februar 2013 (act. II 91) eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert, deren Art und Ausmass sich weder schlüssig noch hinreichend als Folge einer wie auch immer gearteten zerebralen Affektion oder Dysfunktion erklären lasse. Die beklagten und produzierten Störungen in der mentalen Leistungsfähigkeit hätten nicht objektiviert werden können; sie liessen sich mit keinem neuropsychologischen Störungsbild vereinbaren bzw. widersprüchen auf logisch zwingende Weise den möglichen Folgen von zerebralen Dysfunktionen. Die abschliessende Feststellung der Neurologin Dr. med. D._____, dass das Vorliegen einer Demenz sehr unwahrscheinlich sei, werde durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vollumfänglich bestätigt bzw. gestützt (S. 5).

3.2.3 Im Untersuchungsbericht des RAD vom 21. März 2013 (act. II 96) hielt Dr. med. F._____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, in der eigenen psychiatrischen Untersuchung zeige sich kein eindeutiges Bild einer Erkrankung nach ICD-10. Die Diagnose einer mittelgradigen Demenz könne aufgrund der objektiven Befunde und der Diskrepanzen nicht gestellt werden. Rein theoretisch könnten die Symptome unter der Diagnose dissoziative Störungen zusammengefasst werden (S. 11). Diese Diagnose sei allerdings wenig wahrscheinlich. Dies insbesondere auch, da der Versicherte bis 2009 psychiatrisch absolut unauffällig gewesen sei. Zudem hätten sich diese Symptome auch in den somatischen Berichten – und nicht nur in den psychiatrischen – zeigen sollen. Auf alle Fälle könne aufgrund der psychiatrischen, der neurologischen

und neuropsychologischen Untersuchungen gesagt werden, es würden keine Anhaltspunkte für eine organisch bedingte Demenz vorliegen (S. 12). Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus somatischer Sicht sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten andauernden, unterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit vollumfänglich zumutbar (S. 13).

3.3 Im Hinblick auf die vorliegend angefochtene Verfügung vom 17. August 2018 (act. IIA 250) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

3.3.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 30. Juni 2014 (act. II 140) eine zunehmend wahnhaft- psychotische Symptomatik mit imperativen Stimmen und fremdaggressiven Handlungen, rezidivierenden dissoziativ-Depersonalisierungskrisen sowie diversen Ängsten und Zwängen fest. Der Versicherte könne seine fremdaggressiven Impulse knapp unter Kontrolle halten, wobei er mehrmals Personen, welche er nicht kenne, angegriffen habe. Im Weiteren seien Ich-Störungen in Form von Gedankeneingebung, Gedankenentzug und Fremdsteuerung vorhanden. Der affektive Kontakt sei nicht herzustellen, die Schwingungsfähigkeit sei stark eingeschränkt. Auffällig seien kognitive Defizite, verminderter Antrieb, Suizidgedanken und erhebliche Schwierigkeiten in interpersonaler Kommunikation. Er sei im Gespräch unter geringem konfrontativen Druck rasch überfordert mit kognitiver Blockade oder dissoziativen Tendenzen. Es liege eine 100% Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten vor (S. 1 f.).

3.3.2 Dem Bericht der Klinik H._____, Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum und Epileptologie, vom 18. März 2015 (act. IIA 166/11) ist zu entnehmen, die objektivierten kognitiven Minderleistungen seien zum aktuellen Zeitpunkt nicht spezifisch bzw. liessen sich nicht sicher zuordnen. Insgesamt liege eine frontale Funktionsstörung vor. Diese könne am ehesten multifaktoriell (Herzinfarkt mit folgender psychischer Dekompensation, psychotisches Erleben, depressiv-ängstliche Symptome) erklärt werden. Die vom Versicherten sowie von dessen geschiedenen Ehefrau beschriebenen episodischen Gedächtnis- sowie Arbeitsgedächtnisdefizite hätten nicht ob-

jektiviert werden können. Das Profil spreche gegen eine Demenz von Alzheimer-Typ. Anzeichen für eine Epilepsie ergäben sich gemäss neurologischer Untersuchung eher nicht. Ein neurodegenerativer Prozess (insbesondere frontotemporale Demenz, vaskuläre Demenz) bzw. eine neurologische Ursache könne nicht vollständig ausgeschlossen werden. Aufgrund der allgemeinen Verlangsamung sei bei allen Alltagsaktivitäten mit einem erhöhten Zeitaufwand zu rechnen. In neuen unbekanntenen Situationen sowie in Momenten mit hohen Aufmerksamkeitsanforderungen (Dual Task) sei mit einer raschen Überforderung zu rechnen. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte beim Erlernen von Neuem mehr Zeit brauchen werde. Zur weiteren Klärung der Diagnose könnten neben den medikamentösen Versuchen bzw. Anpassungen weitere Abklärungen sinnvoll sein (S. 14).

3.3.3 Im Bericht vom 23. März 2015 (act. IIA 166/3) diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung, eine visuo-oculomotorische Funktionsstörung, eine posturale Dysbalance sowie eine hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits (S. 8). Die auditive Symptomatik mit Hörminderung, Tinnitus und Hyperakusis sei anhand des audiometrischen Musters überwiegend cochleären Ursprungs mit Schädigung des biologischen Innenohrverstärkers am Niveau der äusseren Haarzellen und sei eindeutig auf eine berufliche Lärmschädigung zurückzuführen. Die Schwindel- und Gleichgewichtssymptomatik, welche sich chronifiziert habe, sei aus topo-anatomischer und patho-physiologischer Sicht multimodal und multifaktoriell, teilweise durch Polypragmasie bedingt. Die Polypragmasie mit 13 Medikamenten wirke sich im Sinne von Wechsel- und Nebenwirkungen negativ auf die Funktion des multimodalen Gleichgewichtssystems, vor allem auf integrativem Niveau, aus (S. 9).

3.3.4 Im Bericht vom 24. September 2015 (act. IIA 174) stellte die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ fest, dass sich die vorgebrachten subjektiven, kognitiven Beschwerden nicht von den Beschwerden, welche anlässlich der RAD-Untersuchung am 7. Februar 2013 (act. II 88) vorgebracht worden seien, unterscheiden würden. Die fehlende Progredienz der Beschwerden spreche weiterhin gegen das Vorliegen einer Demenz. Das Vorliegen einer organischen Grundlage der geklagten Störung lasse sich nicht erkennen,

so werde dies auch von der untersuchenden Neuropsychologin der Klinik H._____ beschrieben. In diesem Sinne sei aus neuropsychologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verschlechterung ausgewiesen (act. IIA 174 S. 3).

3.3.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ führte im Bericht vom 15. Oktober 2015 (act. IIA 175) aus, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Somatisch sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vaskulären Problematik eingeschränkt. Das Zumutbarkeitsprofil sei unverändert. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit, sei vollumfänglich zumutbar. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht nachgewiesen (S. 10 f.).

3.3.6 Im Bericht vom 24. Mai 2016 (act. IIA 190/19) führte Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer beklage vor allem neurokognitive Beschwerden, Probleme mit vermehrter Vergesslichkeit und im Vordergrund stehende Adynamie und Antriebslosigkeit. Auch in der klinisch-neurologischen Untersuchung präsentiere sich ein wenig dynamisches Bild, obschon der Beschwerdeführer offen und zugänglich sei sowie sehr gut versuche mitzumachen. Die von ihm beschriebenen Denkblockaden würden sich auch in der kognitiven Prüfung zeigen. Dementsprechend habe er im MOCA-Test lediglich 23 von maximal 30 Punkten erreicht, wohingegen der SDMT-Test nach einer anfangs eher schwierigen Startphase dann korrekt durchgeführt worden sei. Diese allgemeine Antriebsminderung und Initiierungs- bzw. Starthemmung lasse an eine Frontalhirn-Pathologie denken, die weiter abgeklärt werden müsse. Möglich wären eine vaskuläre Leukencephalopathie, frontale Tumore, ein Meningeom ect. (S. 21).

3.3.7 Die behandelnden Ärzte des K._____ kamen im Bericht vom 1. Juni 2016 (act. IIA 191/4) aufgrund des MRI zum Schluss, dass eine mässige bifrontale Atrophie ohne Nachweis einer Blutung, einer Ischämie oder Raumforderung bestehe.

3.3.8 Im Bericht vom 9. Juni 2016 (act. IIA 190/15) diagnostizierte Dr. med. J. _____ eine mittelschwere frontotemporale Demenz bei frontotemporal betonter Hirnatrophie, schwerem Antriebsmangel, Denkblockaden und starken Einschränkungen des Arbeitsgedächtnisses (S. 15). Der Beschwerdeführer leide seit einigen Jahren unter einer langsam progredienten Einschränkung der neurokognitiven Fähigkeiten mit vermehrter Vergesslichkeit, Orientierungsschwierigkeiten und zunehmender Adynamie und Antriebslosigkeit, welche sich nicht plötzlich, sondern langsam im Verlaufe von fünf bis sieben Jahren eingestellt habe. Aufgrund der klinisch-neurologischen und neuropathologischen Befunde würde sich klinisch eine Frontalhirn-Pathologie zeigen. Im Schädel-MRI zeigten sich keine intrakraniellen Raumforderungen, jedoch aber eine das Altermass übersteigende frontotemporale Atrophie, wie es bei der klassischen frontotemporalen Demenz gesehen werde (S. 17).

3.3.9 Hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ am 17. Oktober 2016 (act. IIA 195) Stellung und führte aus, dass auch gesunde Personen im Alterungsprozess eine frontale Atrophie haben könnten. Aufgrund des MRI-Befundes könne deshalb keine Diagnose abgeleitet werden (S. 2). Es liege keine Demenz und damit auch keine frontotemporale Demenz vor, dies gehe aus den Vorakten und dem seit nun ca. sieben Jahren nicht progredienten Verlauf hervor. Im Vergleich zu der Voruntersuchung von 2013 würden weniger Symptome berichtet, weniger Symptome präsentiert und diese hätten sich sogar verbessert. Dies widerspreche dem Verlauf degenerativer Demenzen, es handle sich dabei um fortschreitende Erkrankungen. Bei Beginn nach dem Herzinfarkt 2009 müssten nun deutliche Symptome vorliegen, welche immer schlechter würden, und zusätzliche Symptome auftreten, nicht umgekehrt wie in diesem Fall. Der Neurologin hätten keine Daten zum Längsverlauf vorgelegen, daher komme es zu der diskrepanten diagnostischen Einschätzung. Weder der MOCA-Test noch das MRI würden das Vorliegen einer Demenz beweisen. Ein Testergebnis von 23 wie auch der Befund des MRI würden beide als normal gelten. Ausschlaggebend und Diagnose bestimmend seien in diesem Falle ein Vergleich mit den Vorakten und vor allem der Verlauf (S. 3).

3.3.10 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) diagnostiziert (S. 34). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden degenerative Veränderungen der HWS- und LWS-Bandscheiben (nicht über das altersentsprechende Mass hinaus), ein Status nach Meniskektomie rechts 1996, eine Drei-Gefäss koronare Herzerkrankung, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium II beidseits, eine Dyslipidämie, Übergewicht, ein sekundärer Hyperparathyreoidismus, ein Zustand nach Thyreoidektomie, ein Zustand nach Adrenalektomie links bei Phäochromozytom, eine axiale Hiatusgleithernie mit wechselnden Refluxbeschwerden, anamnestisch ein Mikro-Prostatakarzinom, eine reponible Nabelhernie und eine Rektusdiastase sowie ein Zustand nach rezidivierenden Varizenoperationen (S. 34 f.). Der Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe auf neuropsychologischem Gebiet mit festgestellten leichten bis mittelschweren Defiziten durch Verlangsamung und Antriebsminderung, ohne Progredienz seit 2015. Weitere sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen kämen weder auf neurologischem, internistischem, rheumatologischem noch psychiatrischem Gebiet vor (S. 35). Schwere körperliche Arbeit könne nicht mehr verrichtet werden oder führe zu vermehrtem Betreuungsbedarf. Möglich seien leichte bis maximal mittelschwere, wechselbelastende, einfache, vorstrukturierte Tätigkeiten. Die Notwendigkeit des Fahrens von Fahrzeugen und des Bedienens gefährlicher Maschinen sollte aufgrund des Diabetes mellitus und der blutzuckersenkenden Medikamente jeweils kritisch geprüft werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei aufgrund der neuropsychologisch nachgewiesenen Verlangsamung und Antriebsminderung um 40 % und in einer Verweistätigkeit mit einfachen, vorstrukturierten Tätigkeiten und vermehrter Betreuung um 30 % gemindert (S. 36). Die Arbeitsverminderung von 40 % in der bisherigen Tätigkeit sowie die Arbeitsverminderung von 30 % in angepasster Tätigkeit würden mindestens seit März 2015 und ohne Progredienz bis heute vorliegen (S. 37 f.).

3.3.11 Im RAD-Bericht vom 6. April 2018 (act. IIA 242/3) hielt Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, fest, dass auf das MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) abgestützt werden könne (S. 8). Das von den Gutachtern etablierte Zumutbarkeitsprofil reflektiere alle Gesundheitsschäden, die im MEDAS-Gutachten objektiviert worden seien. Es gebe demnach einen einzigen objektivierten Gesundheitsschaden, eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7), der einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die dazu passenden objektiven funktionellen Einschränkungen lösten eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit und von 30 % in angepasster Tätigkeit aus. Die anderen erwähnten/objektivierten Gesundheitsschäden führten zu einer Präzisierung des Zumutbarkeitsprofils (S. 5). Dem Versicherten könne eventuell mehr zugemutet werden, falls eine Nebennierenrindendrüsensuffizienz objektiviert würde. Eine adäquate Substitutionstherapie könne zu einer signifikanten Verbesserung der Müdigkeit, der Energielosigkeit und der kognitiven Störung führen (S. 8).

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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.5 Mit Bezug auf das vorliegend interessierende Beweisthema erfüllt das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem polydisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal seine Schlussfolgerungen auch durch den RAD-Bericht vom 6. April 2018 (act. IIA 242) bestätigt werden. Die vom Beschwerdeführer dagegen erhobenen Einwände ändern – wie nachfolgend dargelegt – daran nichts.

Der Beschwerdeführer bringt vor (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 4), die Angaben im MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) seien unvollständig, da es keine Begründung liefere, weshalb die von Dr. med. I. _____ im Bericht vom 23. März 2015 (act. IIA 166/3) erhobenen arbeitsrelevanten Befunde zutreffend oder unzutreffend seien. Dem kann entgegengehalten werden, dass die neuro-otologischen Befunde von Dr. med. I. _____ von der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ im Bericht vom 24. September 2015 (act. IIA 174) eingehend gewürdigt wurden. Sie vermerkte, dass Dr. med. I. _____ eine Aggravation ausschliesse und basierend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers das soziale und berufliche Handicap als erheblich einstufe. Die Wertung der subjektivi-

ven Angaben beruhe auf der Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers, auf welche aufgrund der Vorgeschichte nicht abgestützt werden könne. Somit könne der Grad der Beeinträchtigung nicht nachvollzogen werden. Ferner seien bereits anlässlich der neurologischen RAD-Untersuchung vom 7. Februar 2013 (act. II 88), zu einem Zeitpunkt, bei dem der Beschwerdeführer bereits über Schwindel geklagt habe (S. 2), das Gangbild ohne Ablenkung zwar zögerlich und hinkend, das Stehen mit geschlossenen Augen jedoch stark schwankend gewesen. Bei Ablenkung hingegen sei das Gangbild unauffällig und das Stehen normal und auch der Seiltänzergang sei durchführbar gewesen (S. 4). Somit habe sich auch hier ein deutlich diskrepantes Bild mit der Darstellung von Einschränkungen gezeigt, welche unter anderen Umständen nicht reproduziert würden. In diesem Sinne liessen sich weder im Februar 2013 noch im März 2015 klinisch neurologisch objektivierbare und reproduzierbare Störungen des Gleichgewichts erheben (act. IIA 174 S. 3). Diese Einschätzungen von Dr. med. D. _____ lagen auch den MEDAS-Gutachtern vor und sind in ihre Beurteilung eingeflossen (act. IIA 238.1 S. 24 f.), weshalb dem Einwand des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden kann.

Soweit der Beschwerdeführer rügt (Beschwerde S. 3 Ziff. 3), aus dem MEDAS-Gutachten lasse sich nicht überzeugend entnehmen, dass der Beginn der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit erst ab März 2015 gelten solle und dass die Angaben nicht nachvollziehbar begründet und widersprüchlich seien, kann dem nicht gefolgt werden. Im MEDAS-Gutachten (act. IIA 238.1) wurde der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den Bericht der Klinik H. _____ vom 18. März 2015 (act. IIA 166/11) datiert, welcher auf einer neuropsychologischen Untersuchung vom 16. März 2015 beruhte (S. 36). Vor diesem Zeitpunkt wurde im Gutachten keine Arbeitsunfähigkeit beschrieben. Dr. med. G. _____ bestätigte im Gegensatz dazu bereits im Bericht vom 30. Juni 2014 (act. II 140) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. In ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 (act. IIA 175/3) führte die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ aus, dass und weshalb auf die Berichterstattung des Dr. med. G. _____ nicht abgestellt werden kann und weiterhin von einem aus psychiatrischer Sicht unveränderten Zustand einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Sie gab an, Dr. med.

G._____ stelle keine Diagnose nach ICD-10. Es werde eine bunte Mischung an verschiedensten psychiatrischen Symptomen angegeben, welche keine eigentliche Diagnose zulassen. Seine Beurteilung stütze sich zudem hauptsächlich auf die Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ex-Ehefrau. Einige Angaben würden sodann den Angaben in den Akten widersprechen (S. 9 f.). Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, setzte sich ebenfalls mit der abweichenden Meinung des Dr. med. G._____ auseinander und begründete einlässlich, weshalb nach der Verfügung vom 23. Oktober 2013 (act. II 116) keine das psychiatrische Fachgebiet betreffende oder tangierende Erkrankung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorliege (act. IIA 238.1 S. 73 f.). So führte beispielsweise Dr. med. G._____ aus, der Beschwerdeführer könne seine fremdaggessiven Impulse knapp unter Kontrolle halten, was im Widerspruch zum Bericht der Klinik H._____ vom 19. März 2015 (act. IIA 166/11) stehe, in welchem festgehalten wird, dass die Aggression oder latente Aggression in keinster Weise bei der Untersuchung zu objektivieren gewesen war. Somit kann auf die mit Bericht vom 30. Juni 2014 (act. II 140) erfolgte Bestätigung des Dr. med. G._____ einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden. In den Unterlagen finden sich keine weiteren Hinweise, welche zeitlich vor dem Bericht der Klinik H._____ vom März 2015 (act. IIA 166/11) eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers attestieren würden. Insbesondere befand sich der Beschwerdeführer erst seit Sommer 2016 (act. IIA 190/15) in Behandlung bei Dr. med. J._____, weshalb sich diese Ärztin nicht schlüssig zur Arbeitsfähigkeit vor März 2015 äussern kann.

3.6 In der Beschwerdeantwort macht die Beschwerdegegnerin im Gegensatz zur angefochtenen Verfügung vom 17. August 2018 (act. IIA 250) neu geltend, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im massgebenden Zeitpunkt nicht anspruchrelevant verschlechtert, weshalb kein Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch nicht frei zu prüfen sei (S. 3 f. Rz. 10). Es ist fraglich, ob diese Auffassung zutrifft. Im MEDAS-Gutachten vom 2. Februar 2018 (act. IIA 238.1) wird mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) diagnostiziert (S. 34). Diese sei mindestens seit dem Bericht der Klinik H._____ vom 19. März 2015 (act. IIA 166/11) erstellt und bis heute ohne Progredi-

enz. Seit diesem Zeitpunkt bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 70 % (act. IIA 238.1 S. 37). Im Vergleich dazu wurde dem Beschwerdeführer gemäss VGE IV/2013/930, E. 3.7 (act. II 148), spätestens seit Januar 2012 die Wiederaufnahme einer angepassten Tätigkeit in einem vollen Pensum zugemutet. Dies deutet auf eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung hin. Andererseits wurde im MEDAS-Gutachten (act. IIA 238.1) auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitraum verändert habe, ausgeführt, dieser sei "eher gebessert, auf keinen Fall verschlechtert" (S. 45). Es ist nicht auszuschliessen, dass im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 23. Oktober 2013 (act. II 116) aufgrund der klaren Hinweise auf eine erhebliche Aggravation oder gar Simulation nicht erkannt wurde resp. werden konnte, dass beim Beschwerdeführer zusätzlich eine neuropsychologisch begründete und damit relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat.

Dieser Widerspruch muss aber letzten Endes nicht geklärt werden. Die Zusprache einer Invalidenrente nach Ablauf der sechsmonatigen Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG setzt zusätzlich voraus, dass in diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt waren, mithin der Beschwerdeführer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war. Wie in Erwägung 3.5 hiervor dargelegt wurde, ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor März 2015 eröffnet worden ist. Der längstens bis Ende 2015 zu prüfende Anspruch auf eine Invalidenrente ist damit bereits wegen fehlender erfüllter Wartezeit abzuweisen. Es muss deshalb nicht geprüft werden, ob die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angesichts seines vorgerückten Alters nicht mehr umsetzbar war, wie dies in der Beschwerde (S. 4 f. Ziff. 5) vorgebracht wird. Immerhin hat sich das Bundesgericht in seinem Urteil vom 15. Mai 2015, 9C_680/2014, E. 6.2.4, zur entsprechenden Problematik bereits geäussert, worauf verwiesen werden kann.

3.7 Aufgrund des Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 17. August 2018 (act. IIA 250) als rechtens und die dagegen erhobene 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 Verweisung von Invalidenleistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

4.2 Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

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

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.