

200 19 105 IV
SCI/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. September 2019

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Januar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A. _____, gelernter ..., meldete sich im Januar 1998 unter Hinweis auf seit dem Unfall vom 14. Oktober 1995 bestehende Schulter- und Rückenbeschwerden erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug in Form von Berufsberatung und Umschulung an. Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) wies das Leistungsbegehren nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht mit Verfügung vom 13. Mai 1998 ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil vom 12. Januar 1999, IV 53065 (Akten der Invalidenversicherung [act] 73.1 S. 2 bis 9), ab.

Am 21. Oktober 2004 meldete sich der Versicherte, wiederum unter Hinweis auf seit dem Unfall vom 14. Oktober 1995 bestehende Schulter- und Rückenbeschwerden sowie tage- bis wochenweise Ausfälle wegen extremer Migräne, bei der IVB zum Rentenbezug an (act. II 1). Nach verschiedenen medizinischen Abklärungen wies die IVB mit Verfügung vom 30. Oktober 2006 (act. II 28) das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 22 % ab, was das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil vom 1. September 2017, IV 67418 (act. II 35) schützte.

Am 25. Juni 2009 meldete sich der Versicherte ein weiteres Mal zum Leistungsbezug an (act. II 44). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 29. Juni 2011 (act. II 72) einen Anspruch auf Leistungen mit der Begründung, in medizinischer Hinsicht liege in etwa die gleiche Situation wie zur Zeit der Begutachtung durch die Dres. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie D. _____, Facharzt für Neurologie (Expertisen vom 17. [recte wohl: 27.] und 29. Juni 2006; act. II 20 f.) vor.

Auf ein erneutes Leistungsgesuch vom 19. Oktober 2011 (act. II 76), mit welchem der Versicherte eine Verschlechterung seines

Gesundheitszustandes geltend machte, trat die IVB mit Verfügung vom 17. Januar 2012 (act. II 79) nicht ein.

B.

Der Versicherte meldete sich am 22. April 2016 zur Früherfassung und am 1. September 2016 erneut zum Leistungsbezug an (act. II 81 und 90). Die IVB klärte hierauf die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS E._____ (MEDAS) vom 5. Oktober 2018 (MEDAS-Gutachten; act. II 149.1 ff.) stellte sie mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2018 (act. II 151) die Verneinung eines Leistungsanspruchs bei einem IV-Grad von 33 % in Aussicht (act. II 151). Hierauf liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Schreiben vom 17. Oktober 2018 (act. II 152) Ergänzungsfragen zum Gutachten stellen und mit Schreiben vom 1. November 2018 (act. II 153) Einwand erheben. Nach Einholung einer Stellungnahme bei der MEDAS zu den Ergänzungsfragen (act. II 156 f.) erliess die Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2019 eine dem Vorbescheid vom 16. Oktober 2018 entsprechende Verfügung.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 6. Februar 2019 Beschwerde. Er beantragt, der ergangene Verwaltungsakt sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese über den Rentenanspruch neu verfüge. Dabei macht er vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs seitens der Beschwerdegegnerin geltend.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nachdem im Rahmen gerichtlicher Beweismassnahmen bei der MEDAS und der Versicherungen F._____ schriftliche Auskünfte eingeholt worden waren und am 22. Mai 2019 beim Gericht eine Stellungnahme des

Beschwerdeführers eingegangen war, gab der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 6. Juni 2019 den Parteien Gelegenheit, Schlussbemerkungen einzureichen.

Diese gingen am 19. Juni 2019 bzw. 1. Juli 2019 beim Gericht ein und wurden den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juli 2019 zugestellt.

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 4. Januar 2019 (act. II 158). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Er beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe im Rahmen des nachträglichen Äusserungsrechts des Beschwerdeführers zum MEDAS-Gutachten (act. II 149.1 ff.) nicht alle von ihm formulierten Ergänzungsfragen der Gutachterstelle weitergeleitet. Die Gutachterstelle sei damit nicht auf Widersprüche hingewiesen worden und diese seien damit nach wie vor nicht geklärt (vgl. Beschwerde, S. 9 Ziff. 4.3 f.).

2.2 Die Frage, ob das MEDAS-Gutachten samt der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 (act. II 149.1 ff. und 157) den höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens (vgl. E. 4.3.1 f. hiervor) genügt und damit in beweisrechtlicher Hinsicht darauf abgestellt werden kann, ist eine Frage der materiellen Würdigung des Gutachtens. Mit Blick auf das Ergebnis dieser Prüfung (vgl. nachfolgend) braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden, ob eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt bzw. gar kausal für die nach wie vor bestehenden Mängel am MEDAS-Gutachten ist.

3.

3.1 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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.3 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Um den IV-Grad 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).

3.4 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

3.4.1 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 IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad 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).

3.4.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad 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).

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 - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung

oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

4.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 1. September 2016 (act. II 90) eingetreten und hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist vom Gericht deshalb nicht zu beurteilen (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. Ob hierbei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. Juni 2011 (act. II 72) oder derjenige im Zeitpunkt der mit Urteil VGE IV 67418 (act. II 35) bestätigten Verfügung vom 30. Oktober 2006 (act. II 28) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 158) zu vergleichen ist (vgl. E. 3.4.2 hiavor), kann vorliegend offen bleiben. Die medizinischen Verhältnisse waren im Jahr 2011 mit jenen im Jahr 2006 vergleichbar. Es lag ein gesundheitlicher Zustand vor, der demjenigen entsprach, wie er zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Dres. med. C. _____ und D. _____ (act. II 20 f.) bestanden hat (vgl. act. II 72 und E. 4.1 hier-nach).

4.1 Aus den Gutachten der Dres. med. C. _____ vom 27. Juni 2006 und D. _____ vom 29. Juni 2006 (act. II 20 f.) ergibt sich was folgt:

Dr. med. C. _____ diagnostizierte in seiner Expertise einen Status nach Heroinabusus, gegenwärtig abstinent unter Teilnahme am Methadonprogramm (ICD-10 F11.22), sowie narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; act. II 21 S. 13). Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung vom narzisstischen Typ mit gestörter Selbstwertproblematik und kompensatorischem Vermeidverhalten könne zum heutigen Zeitpunkt nicht diagnostiziert werden, die Kriterien gemäss ICD-10 seien dafür nicht erfüllt (act. II 21 S. 13 f.). Die psychosoziale Belastungssituation des Exploranden sei sicherlich recht gross, leide doch die Ehefrau an einer Multiplen Sklerose und sei berentet. Auch die längere Arbeitslosigkeit belaste ihn wahrscheinlich (act. II 21 S. 14). Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Be-

schwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Es bestehe keine psychiatrische Erkrankung, welche eine Leistungseinschränkung begründen würde. Die psychosoziale Situation sei neben der Belastung an und für sich auch recht stabil. Der Beschwerdeführer könne durchaus eine leichte, seinen körperlichen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit übernehmen (act. II 21 S. 14).

Dr. med. D. _____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp, einen Zustand nach einem Verkehrsunfall von 1995 mit unter anderem einer subkapitalen Humerusfraktur links sowie möglicherweise einer Lendenwirbelsäulenfraktur und eine beginnende Arthrose im Schultergelenk. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach einer Polytoxikomanie, zurzeit Methadon-Substitution mit 65 mg, und eine Hepatitis C (act. II 20 S. 7 Ziff. 4). Es stehe eine Migräne mit entsprechenden typischen Anfällen im Vordergrund, wobei es zusätzlich vermutlich auch zu Spannungskopfschmerzen komme. Während die Diagnose einer Migräne mit entsprechenden Attacken gesichert sei, sei die Anfallshäufigkeit und Intensität, wie sie vom Beschwerdeführer angegeben werde, nicht nachvollziehbar. In einem Schreiben aus dem Jahre 2005 habe der behandelnde Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie, die Anfallsfrequenz auf ca. 10 Attacken pro Monat geschätzt, während anamnestisch vom Beschwerdeführer bis zu 5 Anfälle pro Woche geschildert worden seien, welche dann stundenlang anhielten. Es ergäben sich bei der Schilderung weitere Diskrepanzen. Bei, wie vom Beschwerdeführer angegebenen, sehr häufigen und heftigen Beeinträchtigungen durch die Migräneanfälle und Kopfschmerzen wäre die Indikation zu einer stationären Behandlung gegeben (act. II 20 S. 7 Ziff. 5). Im Rahmen eines derartigen Spitalaufenthaltes könne auch ein Methadon-Entzug durchgeführt werden, gleichzeitig sei auch die vom Beschwerdeführer exzessiv verwendete Maxalt-Therapie abzusetzen und erst nach diesem Schritt wieder eine erneute Therapie aufzubauen. Inwiefern der Beschwerdeführer zu diesem Vorgehen bereit sei, sei während der Untersuchung unklar geblieben. Er habe mit dem behandelnden Neurologen Dr. med. G. _____ am 27. Juni 2006 telefoniert, dieser werde dem Beschwerdeführer dieses Procedere vorschlagen. Auch er sei sich im Hinblick auf Häufigkeit und Intensität der Attacken unklar. Bei regelmässigen Migräneanfällen sei eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit plausibel.

Diese sei aber nicht in dem Ausmass anzunehmen, wie vom Beschwerdeführer postuliert. Die Arbeitsfähigkeit sei maximal um 25 % eingeschränkt. Wegen der beginnenden Schultergelenksarthrose links sowie der belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbel- sowie der Halswirbelsäule bestehe eine Einschränkung im Hinblick auf die Körperachse und auf schultergürtelbelastende Tätigkeiten sowie auf Überkopfarbeiten. Entsprechend sei die Tätigkeit als ... eher ungeeignet, eine Tätigkeit als ... oder als ..., wie sie bereits ausgeübt worden sei, sei aber durchaus geeignet und zumutbar (act. II 20 S. 8).

Interdisziplinär beurteilten die Gutachter den Beschwerdeführer als zu 75 % arbeitsfähig (act. II 20 S. 8).

Zu den im Rahmen der Neuanmeldung vom 25. Juni 2009 (act. II 44) eingeholten Arztberichten nahm der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 18. Mai 2011 Stellung und führte aus, nach vorübergehender gesundheitlicher Verschlechterung liege aktuell ein gesundheitlicher Zustand vor, der in etwa demjenigen entspreche, wie er zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Dres. med. C. _____ und D. _____ (act. II 20 f.) bestanden habe (act. II 67 S.3).

4.2 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 158) liegen insbesondere folgende Berichte zu Grunde:

4.2.1 Vom 28. Januar bis 6. Februar 2016 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Abklärung und Behandlung in dem Spital I. _____ auf. Im Austrittsbericht vom 1. März 2016 (act. II 119) wurden als Diagnosen unter anderem eine Sepsis bei Erysipel prätibial links, ein Status nach septischer Thrombose und Lungenembolie (2012), der Verdacht auf eine Leberzirrhose bei Hepatitis C, Genotyp 3, eine komplizierte Migräne, ein Status nach IVDU (Intravenous Drug User), aktuell unter Methadonsubstitution, sowie eine hypochrome mikrozytäre Anämie genannt (act. II 119 S. 1 f.). Der Beschwerdeführer habe sich wegen einer seit zwei Tagen dauernden Migräne-Attacke, einer zunehmenden Rötung/Schwellung bzw. Schmerzen des linken Unterschenkels sowie eines seit zwei Tagen dauernden Fiebers mit Schüttelfrost in die Notfallstation begeben. Es sei eine antibiotische Therapie eingeleitet worden (act. II 119 S. 2).

4.2.2 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 23. März 2016 (act. II 122 S. 4 f.) wurden als Diagnosen ein chronisches Ulkus im Unterschenkel links prätibial, ein postthrombotisches Syndrom des linken Beines bei Status nach einer septischen Thrombophlebitis der Vena femoralis/iliaca links bzw. der Vena cava inferior sowie der Verdacht auf eine Leberzirrhose bei Hepatitis C aufgeführt. Die Zuweisung des Beschwerdeführers sei aufgrund eines chronischen Ulkus prätibial links erfolgt, welches mehrmalig zu Erysipelen und zuletzt im Februar dieses Jahres zu einem Erysipel mit einer Sepsis geführt habe. Zwischenzeitlich sei es zu einer fast vollständigen Abheilung des Ulkus gekommen. Dessen Ursache lasse sich gut durch das postthrombotische Syndrom erklären. Der Beschwerdeführer sei auf die Wichtigkeit von Kompressionsstrümpfen hingewiesen worden (act. II 122 S. 4).

4.2.3 Der behandelnde Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht vom 1. Juni 2017 (act. II 109) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem Schulterschmerzen links, ein low back pain Syndrom, eine orale Antikoagulation mit Marcoumar, eine Methadonsubstitution, eine Hepatitis C sowie eine Migräne (act. II 109 S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer habe sich im Jahr 2006 aufgrund der chronischen Schulterbeschwerden, der Migräne und des low back pain Syndroms zu ihm in die Behandlung begeben. Im Frühjahr 2008 sei er wegen einer septischen iliaco-femoropoplitealen Thrombose stationär behandelt worden, es sei eine Thrombektomie durchgeführt worden. Im weiteren Verlauf sei es zu einem Platzbauch und im Jahr 2010 infolge eines Treppensturzes zu einer konsekutiven HWS- und BWS-Distorsion gekommen (act. II 109 S. 2 Ziff. 1.4). Seit dem 1. November 2016 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen selbständigen Tätigkeit als ... im ... (act. II 109 S. 5 Ziff. 1.6). Der Arzt führte aus, dass Tätigkeiten mit Nässe- und Kälteeinwirkung und unter Zugluft, auf Gerüsten oder Leitern, mit Überkopparbeiten, auf unebenem Gelände sowie mit Torsionsbewegungen vermieden werden sollten (act. II 109 S. 5 Ziff. 1.7).

4.2.4 Im polydisziplinären (allgemeininternistisch-gastroenterologisch-angiologisch-neurologisch-rheumatologisch-psychiatrischen) MEDAS-Gutachten vom 5. Oktober 2018 (act. II 149.1 ff.) wurden als Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), ein Impingement-Syndrom des linken Schultergelenks (ICD-10 M75.4), eine episodische Migräne mit vegetativer Begleitsymptomatik (ICD-10 G43.0), eine chronische Veneninsuffizienz im Stadium C3 rechts und CS links sowie der Verdacht auf eine Leberzirrhose bei chronischer Hepatitis C, Genotyp 3 (D 1999) mit Hinweisen auf eine portale Hypertension genannt (act. II 149.1 S. 8 f. Ziff. 4.2). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem ein Status nach einer Netzplastik bei einer Bauchwandnarbenhernie von 2008, eine Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit; ICD-10 F11.22), eine iatrogene Schädigung des Nervus suralis rechts, ein Status nach einer HWS- und BWS-Kontusion (ICD-10 S20.2) nach einem Treppensturz vom 2. Juni 2010 sowie ein Status nach einem Polytrauma (Autounfall vom 14. Oktober 1995; act. II 149.1 S. 9). Aus internistischer Sicht bestünden keine Krankheitsbilder mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 149.2 S. 8 Ziff. 5). Bei der psychiatrischen Exploration habe der Beschwerdeführer zum aktuellen Leiden angegeben, dass er unter anderem drei Migräneanfälle pro Woche in variierender Intensität (leicht, mittel und sehr schwer) habe. Stress verstärke die Frequenz der Migräne-Attacken; in Ruhephasen sei es nur ein Migräneanfall pro Woche (act. II 149.3 S. 2 Ziff. 3.2). In psychiatrischer Hinsicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. II 149.3 S. 9 Ziff. 6.1). Es liege diesbezüglich eine volle Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten vor (act. II 149.3 S. 12 Ziff. 8). Aus rheumatologischer Sicht bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und der linken Schulter in der bisherigen, körperlich schweren Tätigkeit als ... eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. II 149.4 S. 15 Ziff. 8.1). Hingegen sei der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit (ohne Heben, Tragen und Stossen von Lasten über 12 kg, wechselbelastend mit Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Überkopparbeiten) zu 100 % arbeits- und leistungsfähig; progrediente degenerative Veränderungen des Rückens und der linken Schulter liessen sich nicht feststellen (act. II 149.4 S. 15 f. Ziff. 8.2). Die neurologische Gutachterin hielt fest, der Beschwerdeführer habe aktuell einmal pro Woche, gelegentlich auch zweimal pro Woche Migräneattacken, welche jeweils drei bis fünf

Stunden dauerten. Drei- bis viermal pro Jahr habe er Migräneanfälle in der Höhe 10 von 10 auf der Visuellen Analogskala (VAS), welche jeweils nach drei bis vier Stunden von selbst wieder aufhörten. Er gehe deshalb nicht mehr ins Spital (act. II 149.5 S. 3). Der Beschwerdeführer habe immer ein Notfallset mit Migränemedikamenten dabei, welches er bei der Exploration gezeigt habe; das mitgebrachte Medikament sei mit dem Verfallsdatum von 2012 versehen gewesen (act. II 149.5 S. 8). Die neurologische Gutachterin kam zum Schluss, dass bezüglich der Migränekopfschmerzen weiterhin eine hohe Anfallsfrequenz von durchschnittlich einmal pro Woche über mindestens einen Tag bestehe. Hinsichtlich der Bein-/Rückenschmerzen liege aus neurologischer Sicht aktuell kein Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom vor. Betreffend die sensiblen Ausfälle im Bereich des Nervus saphenus rechts sei die Sensibilität im Fuss- und Unterschenkelbereich rechts eingeschränkt, so dass eine gewisse Gangunsicherheit bestehen könnte (act. II 149.5 S. 11 Ziff. 7.2). Der Beschwerdeführer sei zuletzt als Selbständigerwerbender im Bereich der ... tätig gewesen. Ausgehend von einem Migräneanfall pro Woche und den dadurch möglichen gehäuften Absenzen bestehe aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 %. Diese sei jedoch nicht mit allfällig weiteren Arbeitsunfähigkeiten zu kumulieren. Die gleiche Einschränkung gelte auch für allfällige Verweistätigkeiten (act. II 149.5 S. 12 Ziff. 8.1). Aus gastroenterologischer Sicht könne eine gewisse Leistungseinschränkung im Rahmen einer mit der Hepatitis C-Erkrankung assoziierten Fatigue-Symptomatik nicht ausgeschlossen werden (act. II 149.6 S. 9 Ziff. 6.6.1). Die Präsenzzeit des Explo- ranten am Arbeitsplatz dürfe drei bis vier Stunden pro Tag nicht überschreiten. Dementsprechend sei das qualitative Leistungsvermögen um mindestens 50 % eingeschränkt (act. II 149.6 S. 9 Ziff. 6.6.2). Aus angiolo- gischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Venenin- suffizienz beidseits in einer angepassten Tätigkeit (ohne statische Haltung, ohne erhöhte Temperaturexposition, mit der Möglichkeit des Hochlagerns der Beine, ohne verletzungsgefährdende Arbeiten) zu 100 % arbeitsfähig (act. II 149.7 S. 11).

Die Gutachter kamen zum Schluss, aus gesamtmedizinischer Sicht beste- he in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (ohne Heben, Tragen und Stossen von Lasten über 12 kg, wechselbelastend mit Sitzen, Stehen

und Gehen, ohne Überkopfarbeiten, ohne statische Haltung, ohne erhöhte Temperaturexposition, ohne verletzungsgefährdende Arbeiten), worunter auch die bisherigen Tätigkeiten als ... und Betreiber einer ... fielen, eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %; diese erkläre sich durch einen erhöhten Pausenbedarf wegen der Kopfschmerzsymptomatik und durch eine gewisse allgemeine Verlangsamung aufgrund der gastroenterologischen Erkrankung (act. II 149.1 S. 11 f. Ziff. 4.7 bis 4.9).

4.2.5 Die fallverantwortliche, internistische MEDAS-Mitgutachterin äusserte sich im Rahmen einer Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 (act. II 157) auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (act. II 156) zu Art und Umfang der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit und bekräftigte im Wesentlichen, die Gesamtarbeitsunfähigkeit von 20 % entspreche in der Gesamtschau aller Befunde dem konsensual angenommenen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers. Bei den Ausführungen im gastroenterologischen MEDAS-Gutachten, wonach die Präsenzzeit des Exploranden am Arbeitsplatz drei bis vier Stunden pro Tag nicht überschreiten dürfe und mithin das qualitative Leistungsvermögen um mindestens 50% eingeschränkt sei, handle es sich um einen Schreibfehler (act. II 157 S. 2).

4.3 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).

4.3.1 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. Aus-

schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3.2 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). Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103; zum Ganzen SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 158) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 5. Oktober 2018 samt der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 (act. II 149.1 ff. und 157) gestützt.

4.4.1 In neurologischer Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer die gutachterliche Einschätzung der Migränefrequenz (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 5.1, und Eingabe vom 18. Juni 2019 S. 2), wonach ein Migräneanfall pro Woche bestehe.

Die Kopfschmerzproblematik wurde entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers im neurologischen Fachgutachten der MEDAS vom 5. Juni 2018 (act. II 149.5) sehr detailliert erhoben und unter Berücksichtigung der Vorakten und der subjektiven Angaben beurteilt (act. II 149.5 S. 3 und S. 10 Ziff. 7.1). Demnach ist für den Zeitpunkt der Begutachtung gestützt auf die neurologische Erhebung von einem Migräneanfall pro Woche auszugehen. Dass der Beschwerdeführer in einzelnen anderen Untersuchungen eine höhere Migränefrequenz (bis zu drei

Migräneattacken pro Woche; act. II 149.2 S. 2 Ziff. 3.2) angegeben hat, ändert daran nichts, ist er doch bei den diesbezüglichen Angaben vage und inkonsistent geblieben. Auch der Umstand, dass die vom Beschwerdeführer angeblich verwendeten und dauernd mitgeführten Migränemedikamente seit sechs Jahren abgelaufen sind (act. II 149.5 S. 8), spricht für einen gering ausgeprägten Leidensdruck und damit für eine tiefe Migränefrequenz. An dieser Feststellung vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer gemäss dem im Rahmen der Beweismassnahme gerichtlich eingeholten Auszug des Krankenversicherers vom 21. Mai 2019 (Akten der Versicherung F. _____ [act. III]) in den Jahren 2011 bis Mai 2019 immer wieder Leistungen in diversen Apotheken bezogen hat, bestehen doch erhebliche Anzeichen dafür, dass diese Bezüge die Dauermedikation mit Blutverdünnern betroffen haben (seit Jahren wegen festgestellter Gerinnungsstörung unter Therapie mit Marcoumar; vgl. act. II 149.7 S. 9). Im Übrigen wäre selbst ein allfälliger Bezug von Kopfschmerzmedikamenten für sich allein nicht geeignet, die tatsächlichen Äusserungen anlässlich der Begutachtung und die weiteren Inkonsistenzen zu widerlegen (vgl. auch act. II 84.3 S. 1). Einzig die Erhebung eines Medikamentenspiegels hätte es erlaubt, die Angaben des Patienten hinsichtlich konsumierter Medikamente zu verifizieren. Eine solche Blutuntersuchung wurde vorliegend nicht durchgeführt. Die MEDAS hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer - trotz der von ihm angegebenen hohen Anfallsfrequenz - aktuell keiner Basistherapie mehr unterziehe und gemäss Akten eine regelmässige neurologische Betreuung lediglich bis 2005 stattgefunden habe (act. II 149.5 S. 10 Ziff. 7.1). Letzteres geht auch aus der erwähnten Leistungszusammenstellung der Versicherung F. _____ (act. III) hervor, worin für die letzten Abrechnungsperioden fast ausschliesslich der Hausarzt Dr. med. J. _____ als medizinischer Leistungserbringer aufgeführt wurde, was das Absehen von der erwähnten Laboruntersuchung hinreichend begründet.

Gestützt auf das neurologische MEDAS-Fachgutachten (act. II 149.5) kann der geltend gemachte Kopfschmerz nicht plausibilisiert bzw. dessen Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht hinreichend erstellt

werden. Der Kopfschmerz ist jedoch nicht die einzige gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.2.4 hiavor).

4.4.2 Der Beschwerdeführer moniert, die Konsensbeurteilung der MEDAS vom 5. Oktober 2018 (act. II 149.1) sei inhaltlich nicht schlüssig und könne auch im Kontext mit der ergänzenden Stellungnahme der fallverantwortlichen MEDAS-Hauptgutachterin, Dr. med. K._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Dezember 2018 (act. II 157) nicht nachvollzogen werden (vgl. Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 5.1 ff.).

In der MEDAS-Expertise vom 5. Oktober 2018 (act. II 149.1 ff.) fallen zahlreiche redaktionelle Fehler auf. Im Abschnitt „Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)“ des Hauptgutachtens findet sich wiederholt der Begriff „Exfreund“, später „Export“ an Stelle von „Explorand“ (act. II 149.1 S. 6 f.). Im Abschnitt „Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnose“ wird er dann als „Expander“ bezeichnet (act. II 149.1 S. 7), wo zudem weitere sprachliche Fehler auffallen. Die genannten Fehler rufen in ihrem gehäuften Auftreten erhebliche Zweifel an einer sorgfältigen Arbeitsweise der Gutachter und damit an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzung hervor. Das Gericht verkennt dabei nicht, dass die Experten ihren Fokus hauptsächlich auf die medizinische Argumentation zu legen haben und die Fehler nicht die unmittelbare medizinische Würdigung betreffen. Dennoch legen die Fehler in ihrer Häufung eine unsorgfältige Arbeitsweise der immerhin sechs unterzeichnenden Gutachter offen, denen die zahlreichen Mängel anlässlich ihres Studiums des Gesamtgutachtens hätten auffallen müssen.

Hinzu kommt, dass die Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer nach Erstellung des Gutachtens den Gutachtern gestellten Erläuterungs- und Ergänzungsfragen vom 18. Dezember 2018 (act. II 157) nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der hierfür massgeblichen Experten der Gastroenterologie und Neurologie entstanden ist. Die genannte Stellungnahme hat anfänglich nicht die Unterschrift der betreffenden Gutachter getragen, sondern war einzig von der fallverantwortlichen allgemein-internistischen Hauptgutachterin unterzeichnet. Wie der Ärztliche Leiter der MEDAS, Dr. med. N._____, ausgeführt hat (vgl. Stellungnahme vom 16. Mai 2019, Ziff. 2; in den

Gerichtsakten), beantworte aus Effizienzgründen in der Regel die federführende Ärztin bzw. der federführende Arzt nach Erstellung des polydisziplinären Gutachtens die Erläuterungs- und Ergänzungsfragen anhand der Aussagen der verschiedenen Expertinnen und Experten. Ein solches Vorgehen verdient mit Blick auf die sich hier stellenden Fragen keine Unterstützung. Die Beantwortung der hier gestellten Fragen hätte auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der betreffenden Fachgutachter stattfinden, ein Entwurf diesen vorgelegt werden und die Stellungnahme nach erfolgter Niederschrift an diese zur Durchsicht und Unterschrift gehen müssen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. November 2008, 8C_499/2007, E. 3.2.2). Dass vorliegend ein solcher interdisziplinärer Austausch der betreffenden Gutachter unterlassen wurde, stellt mit Blick auf das komplexe Beschwerdebild des Beschwerdeführers einen erheblichen Mangel dar. Dieser Mangel wiegt umso schwerer, als die fallverantwortliche MEDAS-Gutachterin in der Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 (act. II 157) die Frage der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der widersprüchlichen Angaben zur Einschränkung aus gastroenterologischer Sicht (act. II 156 S. 1 [nicht mehr als drei bis vier Stunden pro Tag bzw. Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens um mindestens 50 % {act. II 149.6 S. 9 Ziff. 6.6.2} versus Einschränkung von insgesamt 20 % beinhaltend auch gewisse möglicherweise fatiguebedingte Verlangsamung {act. 149.1 S. 11 Ziff. 4.7}]) - ohne Rücksprache mit den weiteren beteiligten MEDAS-Gutachtern und ohne weitere Begründung - einzig damit beantwortet hat, es liege diesbezüglich ein Schreibfehler vor. Die Behauptung eines reinen Schreibfehlers im Teilgutachten durch eine fachfremde Drittärztin überzeugt nicht und der Mangel wird auch durch die auf Aufforderung des Gerichts (vgl. prozessleitende Verfügung vom 26. März 2019) erfolgte blosse Unterzeichnung der Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 nicht geheilt. Sie vermag insbesondere die Zweifel an einer hinreichenden interdisziplinären Konsensdiskussion nicht zu beseitigen, zumal die ursprüngliche Stellungnahme vom 18. Dezember 2018 unkommentiert, inhaltlich unverändert und rückdatiert von den betreffenden Spezialisten mitunterzeichnet neu eingereicht wurde. In diesem Zusammenhang kommt dem Umstand, dass der gastroenterologische Gutachter der MEDAS Prof. Dr. med. L. _____ in der Schweiz nicht im Medizinalberuferegister (vgl. Art. 51 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe [MedBG; SR 811.11] in

der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung) eingetragen ist (vgl. Eingabe der MEDAS vom 16. Mai 2019 samt Unterlagen; in den Gerichtsakten), beweisrechtlich zwar keine allein entscheidende Bedeutung zu. Allerdings zeigt im Kontext mit dem vorstehend Ausgeführten auch dieser Umstand die fehlende Sorgfalt der Gutachterstelle. Es bestehen damit erhebliche Zweifel an einer seriösen interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Gutachter.

4.4.3 Zweck der medizinischen Begutachtung ist es, dass Dritte ihr Fachwissen der Verwaltung und dem Gericht zur Verfügung stellen (vgl. E. 3.3 hiervor). Das Gericht muss auf die entsprechenden Angaben der Fachleute vertrauen können, da das Gericht diese mangels umfassenden eigenen Fachwissens nicht im Detail materiell prüfen kann. Dieses Vertrauen fehlt gegenüber dem zur Diskussion stehenden MEDAS-Gutachten vom 5. Oktober 2018 (act. II 149.1 ff.). Die vielen offensichtlichen und eklatanten redaktionellen Fehler belegen, dass die MEDAS-Gutachter die interdisziplinäre Würdigung unsorgfältig geprüft haben. Die von einer einzelnen MEDAS-Gutachterin beantworteten, das eigene Fachgebiet verlassenden Ergänzungsfragen (act. II 157) wurden unkommentiert/unverändert und rückdatiert von den weiteren beteiligten MEDAS-Gutachtern unterschrieben. Bei dieser Ausgangslage ist es dem Gericht deshalb nicht möglich, die materielle Güte des MEDAS-Gutachtens vom 5. Oktober 2018 (act. II 149.1 ff.) zu bestätigen.

Mit Blick darauf, dass die übrigen medizinischen Berichte des Spitals I. _____ vom 1. und 23. März 2016 (act. II 119 und 122 S. 4 f.) und des Dr. med. J. _____ vom 1. Juni 2017 (act. II 109) ebenso wenig als Grundlage zur Beurteilung des Rentenanspruchs herangezogen werden können, da sie sich - wenn überhaupt - nicht abschliessend und umfassend zur Arbeitsfähigkeit äussern, erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 158) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die

Sache wie vom Beschwerdeführer beantragt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese unter Ausschluss der MEDAS ein versicherungsexternes polydisziplinäres Gutachten einhole und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

Anzufügen bleibt, dass das Gericht im Urteil VGE IV 67418 (E. 3.6.1) bezüglich des hypothetischen Valideneinkommens auf die Lohnangaben der M._____ AG abgestellt hat. Darauf wäre auch weiterhin abzustellen, bestehen doch keine Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer als Gesunder nicht weiterhin dort arbeiten würde.

6.

6.1 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, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Be-

gehen im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 10. Juli 2019 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 4'437.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'437.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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