

200 19 201 IV
JAP/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Juni 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Februar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1978 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2012 unter Hinweis auf Morbus Bechterew, Tinnitus und psychische Störungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 10). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und sprach dem Versicherten ein Belastbarkeits- und ein anschliessendes Aufbautraining in der C._____ zu (AB 33, 45). Nach dessen Abbruch (AB 50 ff.) veranlasste sie eine interdisziplinäre (psychiatrisch-internistisch-rheumatologische) Begutachtung in der D._____ GmbH (MEDAS D._____). Im entsprechenden Gutachten vom 8. September 2014 (AB 71.1) wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sowie eine Arbeitsfähigkeit von 15 % in einer adaptierten Tätigkeit bei therapeutischem Steigerungspotential und empfohlener Re-Evaluation in einem Jahr attestiert (AB 71.1 S. 22 f.).

Nach diversen Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 75 f., 87 ff., 94) und dem Einholen von Verlaufsberichten (AB 83 f.) wurde in der E._____ ein Belastbarkeitstraining durchgeführt (AB 99, 103). Mit dem Eintritt in die Tagesklinik des Spitals F._____ (AB 109 S. 4 ff.) und anschliessendem stationären Temesta-Entzug (AB 119) wurde die berufliche Eingliederung nicht weitergeführt (AB 108). Nach erneuter Hospitalisation im Spital F._____ (AB 126) forderte die IVB den Versicherten unter Hinweis auf die Folgen bei Widersetzlichkeit zur Schadenminderung in Form einer sechsmonatigen Abstinenz von Temesta auf (AB 125). Gestützt auf ein daraufhin eingeholtes polydisziplinäres Gutachten der J._____ GmbH (MEDAS J._____) vom 23. August 2018 (AB 155.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 6. November 2018 (AB 157) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 24 % in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 164) und diesbezüglichen Stellungnahmen durch den RAD (AB 169 ff.) verfügte die IVB am 11. Februar 2019 (AB 172) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 13. März 2019 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 11. Februar 2019 sei aufzuheben und es sei rückwirkend per 1. August 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 11. Februar 2019 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Mai 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Spitals F. _____ vom 1. April 2019 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 5) zu den Akten.

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 11. Februar 2019 (AB 172). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente 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 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, indem die Beschwerdegegnerin das Gutachten der MEDAS J. _____ vom 23. August 2018 (AB 155.1) ihm vor Erlass des Vorbescheids (AB 157) nicht zur Stellungnahme unterbreitet habe. Zudem habe die Beschwerdegegnerin das Verfahren nicht *lege artis* durchgeführt, da sie das Gutachten nicht dem RAD zur Beurteilung vorgelegt habe (Beschwerde S. 9 f. Ziff. 1 und 5).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungs-

recht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat das rechtliche Gehör nicht verletzt. Der Beschwerdeführer erhielt Gelegenheit, im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (AB 157; vgl. Art 57a Abs. 1 IVG) zum Gutachten der MEDAS J. _____ vom 23. August 2018 (AB 155.1) Stellung zu nehmen, was er mit Einwand vom 7. Dezember 2018 (AB 164) denn auch getan hat. In der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (AB 172) hat sich die Beschwerdegegnerin sodann unter Verweis auf die ausführlichen Stellungnahmen des RAD (AB 169 ff.) mit den vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt (vgl. dazu BGE 124 V 180 E. 2b S. 183).

2.4 Die Frage, ob sich die Beschwerdegegnerin an die Vorgaben von Rz. 2080 - 2082 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) gehalten und innert der Ordnungsfrist von zwanzig Tagen nach dem Eingang des Gutachtens zusammen mit dem RAD eine versicherungsmedizinische Qualitätssicherung durchgeführt hat, beschlägt nicht das rechtliche Gehör und ist zudem für die Beurteilung des Beweiswerts des Gutachtens irrelevant (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 7).

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 Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

3.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

3.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sach-

verständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.3 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.

3.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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).

4.

4.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ vom 8. September 2014 (AB 71.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Morbus Bechterew (ICD-10: M45.09) und eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit Angst und Panikattacken sowie Depersonalisationserleben (ICD-10: F32.1) diagnostiziert (S. 21). Für die bisherige Tätigkeit als ... bestehe seit dem 8. August 2012 aus rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 22). Eine angepasste, leichte Tätigkeit mit regelmässigem Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, könnte der Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht mit einem zeitlichen Pensum von 2x3 Stunden täglich ausüben, mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20 %, was einer Gesamtleistungsfähigkeit von 50 % entsprechen würde. Für die Arbeitsfähigkeit limitierender seien die Beeinträchtigungen auf rheumatologischem Gebiet mit einer aus rheumatologischer Sicht nur geringen, schätzungsweise Restleistungsfähigkeit von 15 % selbst für angepasste Tätigkeiten. Aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht gelte die auf rheumatologischem Gebiet formulierte Restleistungsfähigkeit (S. 23). Grundsätzlich könnten im Falle einer erfolgreichen Therapie des Morbus Bechterew die Beschwerden seitens der Wirbelsäule wesentlich vermindert und die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Eine Re-Evaluation der rheumatologischen Situation erscheine erst in rund einem Jahr sinnvoll (S. 22).

4.1.2 Dem Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 5. Januar 2016 (AB 109 S. 4 ff.) betreffend teilstationärer Behandlung (8. bis 23. Dezember

2015) sind die folgenden psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.3); rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2); Panikstörung (ICD-10: F41.0). Es wurde dringend ein stationärer Benzodiazepinentzug empfohlen.

4.1.3 Am 18. Januar 2016 (AB 109 S. 2 f.) berichteten Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. H._____, Psychotherapeutin FSP, von einem seit Juni 2015 verschlechterten Gesundheitszustand. Anfänglich sei die Wiedereingliederung positiv verlaufen. Eine Steigerung bis 50 % habe der Patient knapp erreichen können. Als sich bei einem Standortgespräch herausgestellt habe, dass das Pensum auf 80 % gesteigert werden müsse, sei es zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen. Der Patient habe chronische Schmerzen und ermüde schnell. Er habe wieder vermehrt Ängste und Panikzustände und es sei eine tiefe Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Mutlosigkeit spürbar. Er könne nicht mehr auf seinem angestammten Beruf als ... arbeiten. Durch die Depression sei er sehr eingeschränkt in seinem Handeln, er traue sich nichts mehr zu, habe das Gefühl, zu versagen und zu nichts mehr fähig zu sein. Wenn er lerne, sich wieder etwas zuzutrauen, könnte eine Arbeit von drei bis vier Stunden täglich möglich werden.

4.1.4 Gemäss Austrittsbericht des Spitals F._____ vom 22. April 2016 (AB 119) wurde vom 19. Januar bis 23. Februar 2016 ein stationärer Benzodiazepinentzug durchgeführt. Zu Beginn des Aufenthaltes habe sich der Patient stark leidend und eingeengt auf seine Schmerzen und die Medikation gezeigt. Aufgrund des Entzugs und der körperlichen Einschränkungen sei ein stark reduziertes Gruppenprogramm zusammengestellt worden, welches er fast nicht wahrgenommen habe. Im Verlauf habe sich sowohl bezüglich der Teilnahme an den Gruppen als auch der Einhaltung von An- und Abmelderegeln bei Ausgang, trotz mehrmaligen Hinweisen und Konfrontation, keine deutliche Verbesserung gezeigt. Das Nichteinhalten der Abmachungen könne rückblickend nicht alleine auf ein Nichtkönnen im Sinne von Energie- und Antriebslosigkeit zurückgeführt werden. Insbesondere auch, weil der Patient als weniger antriebslos wahrgenommen worden sei, wenn es darum gegangen sei, sozialarbeiterische Fragen zu

klären. Nach erfolgreichem Ausschleichen des Temestas sei bei fehlender weiterführender Zielsetzung der Austritt erfolgt.

Einem weiteren Bericht desselben Spitals vom 8. Juli 2016 (AB 126) ist zu entnehmen, dass der Patient am 3. Mai 2016 durch den psychiatrischen Notfalldienst aufgrund psychischer Dekompensation bei psychosozialer Belastungssituation auf freiwilliger Basis zugewiesen worden sei. Er habe sich zuvor selbstständig aufgrund von zunehmendem Stimmenhören und Suizidalität auf dem Notfall vorgestellt. Aufgrund der berichteten Phänomene gehe man weniger von einer psychotischen Episode aus, sondern interpretiere die Symptomatik als Ausdruck des grossen Leidens, der Ohnmacht und der Hilflosigkeit des Patienten in Bezug auf seine aktuelle Lebenssituation. Zudem habe man beobachtet, dass er z.B. in Begleitung seiner Ehefrau oder seines Bruders mehr Energie gehabt habe und weniger leidend erschienen sei. Am Stationsprogramm habe er kaum bis nicht teilgenommen, was er mit seinem schlechten Sprachverständnis erklärt habe. Am 12. Mai 2016 sei der Patient ohne Anhalt auf akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung nach Hause entlassen worden.

4.1.5 Im Bericht vom 20. Juli 2016 (AB 124) führte die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ (nach eigenen Angaben Fachärztin für Neuropsychiatrie, im Medizinalberuferegister jedoch nicht und im FMH-Index ohne in der Schweiz anerkannten Facharztstitel verzeichnet) aus, die psychischen Störungen wirkten sich zurzeit in jeglicher Verweistätigkeit aus, so dass auch diesbezüglich von keiner grösseren Verwertbarkeit der beruflichen Leistungen ausgegangen werden könne. Aus der zur Verfügung stehenden medizinischen Dokumentation sei ersichtlich, dass sich der Versicherte in einer adäquaten psychiatrischen und somatischen Behandlung befinde.

4.1.6 Dem Gutachten der MEDAS J. _____ vom 23. August 2018 (AB 155.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 35):

- Morbus Bechterew / axiale Spondylarthritis, Erstdiagnose 09/12, Erstmanifestation vermutlich 2010
- Degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit aktivierten Facettengelenksarthrosen LWK 3-5, Differentialdiagnose Spondylarthritis
- Leichte bis mässige degenerative Veränderungen der HWS mit Osteochondrose HWK 5/6 und bilateralen Uncovertebralarthrosen

- Morbus Scheuermann mit polytopen Schmorl'schen Knötchen im Bereich der BWS.

Aktuell habe sich im Rahmen des Morbus Bechterew keine gravierende entzündliche Aktivität nachweisen lassen. Vielmehr seien die Beschwerden derzeit eher im Rahmen der bestehenden degenerativen Veränderungen zu vermuten. Neurologische und internmedizinische arbeitsrelevante Diagnosen bestünden darüber hinaus nicht. Insbesondere könnten zu den vom Versicherten beschriebenen kognitiven Minderleistungen und "Stimmenhören" keine primär-organischen Ursachen verifiziert werden. Es hätten sich auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet vielmehr erhebliche Inkonsistenzen sowohl auf Befund- wie auch Anamneseebene beobachten lassen. Neuropsychologisch habe sich ein nicht plausibles Störungsbild gezeigt. Es hätten sich im Rahmen der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung auch Widersprüche zwischen geschilderten Beschwerden und beobachtetem Verhalten gefunden. Die zur Vorgeschichte gemachten Angaben widersprächen den aktenkundigen Informationen in Bezug auf geschilderte Symptome in ihrer Chronologie und Ausprägung. Fast zeitgleich hätten unterschiedliche Leistungsfähigkeiten bei den Arbeitsversuchen bestanden, zum Teil sehr defizitär, dann fast parallel dazu hätten ein weitgehend unauffälliges Leistungsverhalten und auch eine unterschiedliche Leistungsbereitschaft bestanden. Der Explorand habe bizarre, zum Teil skurrile Angaben zu Stimmen gemacht. Diesbezüglich bestehe kein Leidensdruck, es seien aber divergierende Angaben hierzu in verschiedenen Phasen der Exploration gemacht worden. Als Fazit müsse von einem Versuch ausgegangen werden, dadurch eine vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit und Therapieresistenz zu begründen. Zum somatischen Bild sei auch aufgefallen, dass trotz stärkster Beschwerden potentiell wirksame Therapiemassnahmen abgelehnt worden seien. Es habe sich auch insbesondere ein teilweise deutlich abweichendes Verhalten zwischen den Fachdisziplinen gezeigt, so dass in der Gesamtschau überwiegend wahrscheinlich mindestens ein grossteils selektives, bewusstseinsnahes, hochgradig aggravorisches Verhalten und negative Antwortverzerrung angenommen werden dürften. Dabei ergäben sich auf psychiatrischem, neuropsychologischem und neurologischem Fachgebiet keine Hinweise für relevante primär organische oder psychische Befunde respektive primäre krankheitswertige psychische Störungen. Einzig die rheumato-

logischen Veränderungen und degenerativen Wirbelsäulenveränderungen seien objektivierbar, aber ohne entzündliche Aktivität (S. 37 f.).

Im Hinblick auf die bestehende entzündliche Wirbelsäulenerkrankung sei der Versicherte nicht geeignet für die Durchführung rückenbelastender repetitiver Tätigkeiten sowie Arbeiten über dem Kopf. Ebenso vermieden werden sollten Arbeiten unter Nässe, Kälte oder Zugluft. Arbeiten mit ständigem Sitzen, Stehen oder Liegen sowie Arbeiten in Zwangshaltung sollten ebenfalls vermieden werden. Prinzipiell geeignet sei der Versicherte für wechselbelastende leichte bis mittelschwere Arbeiten, prinzipiell sollte dem Versicherten jedoch ein leichter Mehrbedarf an Pausen zugestanden werden (maximal bis 2 x ½ Stunde), was eine leichte Leistungsminderung um maximal 10 % begründen könnte. Es bestehe eine Präsenzmöglichkeit von 8.5 Stunden täglich (S. 38).

4.1.7 Im Bericht vom 4. Dezember 2018 (AB 164 S. 9 ff.) hielten Dr. med. G._____ und lic. phil. H._____ fest, sie würden den Patienten seit dem 2. Juli 2013 kennen und begleiten. Noch nie habe es irgendwelche Ansatzpunkte gegeben, dass sein Leiden vorgetäuscht sei. Im Verlauf der vergangenen sechs Jahre hätten mehrere psychiatrische Institutionen eine schwere psychische Erkrankung festgestellt. Es könne nicht sein, dass sich so viele Fachpersonen, die den Patienten teilweise über Wochen in Institutionen behandelt und begleitet hätten, in der Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Diagnose derart getäuscht hätten. Die im Gutachten der MEDAS J._____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 90 % widerspreche den Erfahrungen, die anlässlich beruflicher Integrationsmassnahmen gemacht worden seien. Zumutbar sei eine Tätigkeit von drei bis vier Stunden in einem geschützten Rahmen.

4.1.8 Im RAD-Bericht vom 18. Dezember 2018 (AB 169 S. 2) führte Dr. phil. K._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, aus, auf das neuropsychologische Teilgutachten des Gutachtens der MEDAS J._____ von lic. phil. L._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 8. Mai 2018 (AB 155.2) könne vollumfänglich abgestellt werden. Ihr Gutachten erfülle formal und inhaltlich die Vorgaben der Schweizerischen Vereinigung der NeuropsychologInnen (SVNP). Insbesondere habe sie eine methodisch korrekte, inhaltlich differenzierte und umfangreiche

Beschwerdenuvalidierung durchgeführt. Basierend auf deren Ergebnissen könne sie schlüssig und nachvollziehbar aufzeigen, dass die vom Explo-
randen produzierten Testleistungsdefizite nicht als authentische kognitive
Minderfunktionen interpretiert werden könnten, sondern als Ausdruck einer
bewussten Leistungsverzerrung (im Sinne einer Aggravation) interpretiert
werden müssten.

4.1.9 Bezüglich des von Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie, erstellten psychiatrischen Teils des Gutachtens der
MEDAS J._____, (AB 155.1 S. 19 ff.) hielt der RAD-Arzt Dr. med.
N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom
24. Januar 2019 (AB 170) fest, dieses entspreche den aktuell geltenden
Anforderungen. Mängel hinsichtlich der diagnostischen und der versiche-
rungsmedizinischen Beurteilung liessen sich nicht finden, vielmehr handle
es sich, gestützt auf die nachvollziehbaren Befunde der nun erstmals
durchgeführten Beschwerdenuvalidierung, um eine andere Einschätzung der
von der versicherten Person vorgebrachten Angaben. Zudem würden die
Ausführungen der jüngsten bundesgerichtlichen Urteile zum Thema struk-
turiertes Beweisverfahren bei psychiatrischen und psychosomatischen Dia-
gnosen (sog. Indikatorenprüfung) vollumfänglich berücksichtigt.

4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der
Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-
chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-
nis 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 Her-
kunft 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 Spezial-
ärzten, welche aufgrund 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 Beweiswür-

digung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

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).

4.4 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS J. _____ vom 23. August 2018 (AB 155.1) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Experten haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen auch gestützt auf eigene Untersuchungen in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründet. Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik an der Expertise und dabei insbesondere an der psychiatrischen und der neuropsychologischen Beurteilung verfängt nicht.

Daran vermag nichts zu ändern, dass die Gutachter in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und teilweise dem RAD bezüglich Diagnosen, Befunden, Prognosen und attestierten Arbeitsunfähigkeiten widersprechen (Beschwerde S. 9 Ziff. III lit. b Ziff. 3). Anders als im Gutachten der MEDAS J. _____ (AB 155.1) erfolgten im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS D. _____ (AB 71.1) keine neuropsychologische Exploration und insbesondere keine Symptomvalidierung. Zudem liessen sich Dr. med. G. _____ und lic. phil. H. _____ im Bericht vom 4. Dezember 2018

(AB 164 S. 9 ff.) sowie im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 28. Februar 2019 (BB 4 S. 3) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit explizit vom nicht allein massgebenden subjektiv präsentierten Leistungsvermögen des Beschwerdeführers während des Belastbarkeitstrainings in der E. _____ (AB 103) leiten. Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, welche unter anderem am 20. Juli 2016 (AB 124) bzw. am 11. Dezember 2017 (AB 143) sinngemäss eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten postulierte, verfasste in Unkenntnis der späteren – auffällig ausgefallenen (AB 155.2 S. 8 f.) – Symptomvalidierung blosser Aktenbeurteilungen. Die Gutachter Dr. med. M. _____ und lic. phil. L. _____ zeigten hingegen überzeugend auf (AB 155.1 S. 26, 155.2 S. 8 f.), dass aufgrund des hochauffälligen Verhaltens während der klinischen Exploration sowie der klaren Ergebnisse der psychometrischen Abklärung nicht lediglich eine Verdeutlichungstendenz, sondern eine schwerwiegende Aggravation oder gar Simulation vorliegt, die in rechtlicher Würdigung einen Ausschlussgrund gemäss BGE 131 V 49 darstellt (vgl. E. 3.2.2 hiervor; vgl. auch die RAD-Stellungnahme von Dr. phil. K. _____ vom 18. Dezember 2018 [AB 169 S. 2]). Angesichts des gutachterlich festgestellten hochgradig aggravierenden Verhaltens leuchtet ein, dass auch retrospektiv während der Behandlung in der Tagesklinik bzw. der Hospitalisation im Spital F. _____ (AB 109 S. 4 ff., 119) kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden bestand. Abgesehen davon dauerten diese (teil-)stationären Behandlungen jeweils weniger als drei Monate, womit eine allfällige zeitweilige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ohnehin nicht zu berücksichtigen wäre (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Hinzu kommt, dass in den Austrittsberichten des Spitals F. _____ noch auf die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht – von hier nicht zutreffenden Ausnahmen abgesehen – unbeachtliche Benzodiazepin-Abhängigkeit (AB 109 S. 4; vgl. zur Invalidität bei Suchtkrankheit BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1), grundsätzlich auszuklammernde psychosoziale Belastungsfaktoren (fremdenpolizeiliche Aspekte; AB 109 S. 5, 126 S. 1) sowie gewisse Inkonsistenzen hingewiesen wurde (wonach das Nichteinhalten der Abmachungen nicht allein auf ein Nichtkönnen im Sinne von Energie- und Antriebslosigkeit zurückzuführen ist, weil der Beschwerdeführer als weniger antriebslos wahrgenommen wurde, wenn es darum ging, sozialarbeiteri-

sche Fragen zu klären; AB 119 S. 2 f.). Wegen des gerichtlichen Überprüfungshorizonts (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) wäre bezüglich der erneuten Hospitalisation im Spital F. _____ ab 11. Februar 2019 (BB 5) höchstens der Eintrittstag zu berücksichtigen, eine relevante Befundänderung im Vergleich zur letzten Begutachtung ergibt sich daraus aber nicht. Die neu gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) wurde nicht nachvollziehbar hergeleitet und widerspricht ohne nähere Begründung den Feststellungen im Austrittsbericht derselben Klinik vom 8. Juli 2016 (AB 126), wo die angegebene Symptomatik (Stimmenhören) nicht als psychotische Episode, sondern als Ausdruck des grossen Leidens, der Ohnmacht und der Hilflosigkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf seine aktuelle Lebenssituation interpretiert worden war. Schliesslich vermochten Dr. med. G. _____ und lic. phil. H. _____ in ihren Stellungnahmen vom 4. Dezember 2018 (AB 164 S. 9 ff.) bzw. 28. Februar 2019 (BB 4) keine relevanten Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt bzw. ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 6).

4.5 Hinsichtlich des Morbus Bechterew zeigte der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bereits in der Stellungnahme vom 28. November 2014 (AB 75) auf, dass die Schlussfolgerung im Gutachten der MEDAS D. _____ vom 8. September 2014 (AB 71.1), wonach die Erkrankung aktiv sei, auf der Subjektivität des Beschwerdeführers und nicht auf aktuellen Daten mit objektiven Parametern basiere (AB 75 S. 4 f.). Dr. med. P. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, bezeichnete die Krankheit als klinisch aktiv (AB 71.1 S. 21 Ziff. 6), wobei sie diesen Schluss offenbar bloss aus den funktionellen Einschränkungen der Wirbelsäule und den Schmerzangaben zog (AB 71.1 S. 16 Ziff. 5.1), ohne dass der Laborbefund oder eine aktuelle MRI-Untersuchung dies bestätigt hätte (es wurde lediglich der Medikamentenspiegel bestimmt [AB 71.1 S. 15 Ziff. 4.2.1, 71.2 S. 1 f.] und auf eine Bildgebung verzichtet [AB 71.1 S. 15 Ziff. 4.2.2]). Zwar ging auch die Oberärztin Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, in den diversen Verlaufsberichten des Spitals R. _____ (AB 83 S. 1 ff., 106 S. 5 f., 122 S. 9 f., 155.4 S. 1 f.) von einer

Krankheitsaktivität aus. Sie begründete dies aber – wenn überhaupt – im Wesentlichen mit den einschlägigen Indices (AB 83 S. 1 Ziff. 6). Beim BASDAI (bath ankylosing spondylitis disease activity index) und BASFI (bath ankylosing spondylitis functional index) handelt es sich jedoch um reine Selbstbeurteilungsskalen und der BASMI (bath ankylosing spondylitis metrology index) gibt allein die Wirbelsäulenbeweglichkeit wieder (vgl. ALBRECHT FALKENBACH [Hrsg.], Morbus Bechterew, 2005, S. 84 f. bzw. 832 f.), mithin handelt es sich nicht um objektive Befunde, die eine Entzündungsaktivität beweisen. Im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS J. _____ waren wohl bildgebend postentzündliche Veränderungen an den Iliosakralgelenken beidseits feststellbar (AB 155.1 S. 66, 155.3 S. 1), es ergaben sich insbesondere anhand des Laborbefunds und der weiteren bildgebenden Untersuchungen (AB 155.3 S. 2-7) jedoch keine Hinweise auf eine gravierende entzündliche Aktivität im Rahmen des Morbus Bechterew (AB 155.1 S. 32 f. lit. D, 155.1 S. 35 lit. E).

4.6 Basierend auf dem beweiskräftigen Gutachten der MEDAS J. _____ vom 23. August 2018 (AB 155.1) besteht mindestens seit September 2012 aufgrund der degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat als ... eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bzw. leidensadaptiert eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10 % (AB 155.1 S. 38). Obwohl im Gutachten bezüglich des retrospektiven Verlaufs von "mutmasslich" bzw. "vermutet" die Rede ist (AB 155.1 S. 36 lit. E, S. 69 Ziff. 8), geht aus der Anamnese, der Befundinterpretation sowie der versicherungsmedizinischen Beurteilung hervor, dass diese Schlussfolgerung nicht bloss möglich, sondern überwiegend wahrscheinlich ist (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221).

Gestützt auf das gutachterlich definierte Zumutbarkeitsprofil (AB 155.1 S. 38) errechnete die Beschwerdegegnerin unter Beizug der Lohnangaben des früheren Arbeitgebers (AB 12 S. 3 Ziff. 2.10) und unter Gewährung eines Abzugs von 10 % (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) beim anhand eines Tabellenlohns gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) bestimmten Invalideneinkommens (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297) einen rentenausschliessenden (vgl. E. 3.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 24 % (AB 172

S. 2). Die Invaliditätsbemessung gibt zu keinen Bemerkungen Anlass und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt.

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2019 (AB 172) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen 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 auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 16. Mai 2019 inkl. Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 1. April 2019)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.