

200 19 423 IV  
LOU/RUM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Dezember 2019**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Rufenacht

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. April 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) rutschte am 1. September 1998 an seiner damaligen Arbeitsstelle beim Anheben eines Betonelements aus und prallte mit dem Rücken gegen eine Maschine. Bei einem diagnostizierten lumboradikulären Schmerzsyndrom folgten diverse stationäre Aufenthalte (Antwortbeilagen [AB] 7/61, 7/57-59, 7/33, 7/29, 7/16). Mit Verfügung vom 3. April 2002 sprach die C.\_\_\_\_\_ auf der Basis einer 100%-igen Erwerbsunfähigkeit eine Invalidenrente und aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% eine Integritätsentschädigung zu (AB 25).

Bereits im November 2000 hatte sich der Versicherte bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug angemeldet (AB 1). Die IVB veranlasste in der Folge eine vierwöchige berufliche Abklärung ab 13. August 2001 in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_, die vorzeitig am 24. August 2001 abgebrochen wurde (AB 14, 18, 22/2-6). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 26) sprach die IVB mit Verfügung vom 28. August 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % rückwirkend ab 1. November 1999 eine ganze Rente zu (AB 28).

Eine im November 2005 (AB 32) eingeleitete Rentenüberprüfung führte zu einem unveränderten Rentenanspruch (AB 35).

### **B.**

Im August 2009 leitete die IVB eine weitere Rentenüberprüfung ein (AB 36) und veranlasste – aufgrund eines Anfangsverdachts im Zusammenhang mit Aussagen der Ehefrau des Versicherten (AB 45, 70) – eine Beweissicherung vor Ort (BvO) durch Observierung des Versicherten im Zeitraum vom 1. bis 10. Dezember 2009 (AB 41). In der Folge sistierte die IVB mit Verfügung vom 30. September 2010 per sofort die Rentenzahlungen (AB 47). Auf die dagegen erhobene Beschwerde (AB 49, 58/4-9) trat der Einzelrich-

ter des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern mit Urteil vom 13. April 2011 nicht ein (VGE IV/2010/1160 [AB 79]).

Bereits im Herbst 2010 hatte die C. \_\_\_\_\_ im Rahmen einer eigenen Rentenüberprüfung (vgl. AB 42) eine neurologisch-psychiatrische Abklärung in der Klinik E. \_\_\_\_\_ veranlasst. Gestützt auf die entsprechenden Expertisen vom 13. Oktober, 8. November und 6. Dezember 2010 (act. II 63.2-5) sowie auf einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) vom 9. Februar 2011 (AB 68/3 f.) hob die IVB die Invalidenrente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 71, 75) und Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 6. Juni 2011 (AB 83) mit Verfügung vom 9. Juni 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 11 % rückwirkend per 1. Dezember 2009 auf (AB 84). Mit Verfügung vom 11. Juli 2011 forderte sie die seit 1. Dezember 2009 zu viel ausgerichteten Rentenleistungen zurück (AB 87).

In der Folge erhob der Versicherte gegen beide Verfügungen Beschwerde (AB 91, 95). Mit Urteil vom 10. September 2012 änderte das Verwaltungsgericht in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 9. Juni 2011 (AB 84) dahingehend ab, als die Invalidenrente per 31. Oktober 2010 aufgehoben wurde. Soweit weitergehend wies es die Beschwerde ab (VGE IV/2011/681 [AB 108]). Mit separatem Urteil gleichen Datums hob es zudem die Rückforderungsverfügung vom 11. Juli 2011 (AB 87) auf (VGE IV/2011/868 [AB 107]). Mit Entscheid vom 5. März 2013 wies schliesslich das Bundesgericht (BGer) eine gegen VGE IV/2011/681 erhobene Beschwerde ab soweit darauf einzutreten war (BGer 9C\_851/2012 [AB 115]).

### **C.**

Mit Neuanmeldung vom 1. Mai 2014 machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf medizinische Unterlagen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 122, 124, 127). Am 16. Juli 2014 erstattete der RAD einen Bericht (AB 128/3). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 129, 132, 136) und Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 12. August 2015 (AB 146/2-3) trat die IVB mit Verfügung vom 18. August 2015 auf das Leistungsbegehren nicht ein (AB 147).

Eine dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde (AB 148) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 29. Januar 2016 gut und hob die angefochtene Verfügung auf (VGE IV/2015/848 [AB 152]).

Die IVB verlangte aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte und einen Bericht des RAD vom 19. April 2016 (AB 165/3 f.) ein und veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung (MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 [AB 192.1]). Nachdem der IVB weitere Berichte behandelnder Ärzte und ein RAD-Bericht vom 30. November 2018 (AB 217/6-11) zugegangen waren, lehnte sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 218 f., 223) und Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 17. April 2019 (AB 225) mit Verfügung vom 23. April 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % einen Rentenanspruch ab (AB 226).

#### D.

Mit Eingabe vom 28. Mai 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 23. April 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Wahrung der Gehörsrechte des Versicherten an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.  
b) Eventualiter: Es sei dem Beschwerdeführer ab wann rechtens eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.  
c) Subeventualiter: Es seien ergänzende medizinische Abklärungen anzuordnen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Oktober 2019 setzte der Instruktionsrichter den Termin zur öffentlichen Schlussverhandlung unter Bekannt-

gabe der Zusammensetzung des Spruchkörpers auf den 5. Dezember 2019 an.

Am 19. November 2019 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf eine Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung verzichte.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 5. Dezember 2019 liess der Beschwerdeführer im Rahmen des Schlussvortrages die bisher gestellten Rechtsbegehren bestätigen.

## **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** Angefochten ist die Verfügung vom 23. April 2019 (AB 226). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101] und BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72). Er beanstandet im Wesentlichen, dass die Beschwerdegegnerin im Vorbescheidverfahren eine ausführliche Stellungnahme ihrer RAD-Ärztin vom 17. April 2019 (AB 225) eingeholt habe, diese ihm aber vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung weder zur Kenntnis- noch zur Stellungnahme habe zukommen lassen. Dies stelle eine schwere, unheilbare Gehörsverletzung dar, die eine Rückweisung der Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin rechtfertige (Beschwerde, S. 3 ff. Ziff. 3).

Diese Rüge geht, wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2019 richtig einwendet, fehl. In der Stellungnahme vom 17. April 2019 (AB 225) äusserte sich die RAD-Ärztin aus medizinischer Perspektive einzig zu den im Einwand vom 22. Februar 2019 (AB 223) festgehaltenen Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend ihm offensichtlich bekannte Magnetresonanztomographien (AB 223/2) und bestätigte im Übrigen ihre zuvor bereits im RAD-Bericht vom 30. November 2018 (AB 217; dieser Bericht lag dem Beschwerdeführer ebenfalls vor [Beschwerde, S. 7]) dargelegte Auffassung, wonach im massgebenden Vergleichszeitraum keine relevante gesundheitliche Veränderung eingetreten sei. Darüber hinaus ergeben sich aus der Stellungnahme vom 17. April 2019 – entgegen der Ausführungen anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung – keine neuen Erkenntnisse; so wurden namentlich weder neue Tatsachen geltend gemacht bzw. zusätzliche Unterlagen hinzugezogen noch aufgrund der bisherigen Aktenlage andere Schlüsse gezogen, sondern allein Bekanntes bestätigt. Der Beschwerdeführer hatte im Rahmen des Vorbescheidverfah-

rens bzw. mit Einwand vom 22. Februar 2019 (AB 223) Gelegenheit, sich umfassend zum Beweisergebnis und zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Unter diesen Umständen war eine Zustellung der RAD-Stellungnahme vom 17. April 2019 vor Verfügungserlass weder nötig noch geboten; eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (auch nur leichten Grades) liegt nicht vor. Im Übrigen hätte eine solche ohnehin als geheilt zu gelten, war es dem Beschwerdeführer doch möglich, sich im Rahmen der Beschwerde vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

### **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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem

Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

**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** 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).

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.

**4.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 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).

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).

## **4.2**

**4.2.1** Die Beschwerdegegnerin trat auf die Neuanmeldung vom 1. Mai 2014 (AB 122) mit Verfügung vom 18. August 2015 zwar zunächst nicht ein (AB 147). Mit Urteil vom 29. Januar 2016 hob das Verwaltungsgericht diese Verfügung jedoch auf (VGE IV/2015/848 [AB 152]). In der Folge hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch – nach weiteren, umfassenden Abklärungen – in der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2019 materiell geprüft (AB 226). Über die Eintretensfrage ist somit vorliegend nicht (mehr) zu befinden.

**4.2.2** Die weitere Frage, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 und E. 4.1 hiavor), eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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). Zu vergleichen ist vorliegend der Sachverhalt zur Zeit der rentenablehnenden Verfügung vom 9. Juni 2011 (AB 84; vgl. die verbindliche Festlegung des Referenzzeitpunkts im VGE IV/2015/848, E. 3.2 [AB 152/9]) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2019 (AB 226) entwickelt hat.

**4.3** Der rentenablehnenden Verfügung vom 9. Juni 2011 (AB 84) lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die – auf dem psychiatrischen Teilgutachten vom 8. November 2010 (AB 63.4) und der neurologischen Stellungnahme vom 6. Dezember 2010 (AB 63.3) basierende – interdisziplinäre Beurteilung vom 6. Dezember 2010 der Klinik E.\_\_\_\_\_ (AB 63.2) zugrunde. Darin wurde im Wesentlichen Folgendes festgehalten:

Neurologischerseits habe keine Schädigung des Nervensystems diagnostiziert werden können. Es finde sich somatisch-organischerseits kein Hinweis auf eine relevante Beeinträchtigung durch unfallabhängige medizinische Faktoren. Aufgrund der aktuellen Abklärungsergebnisse bleibe festzustellen, dass der Beschwerdeführer ganz offensichtlich in ärztlichen Unter-

suchungssituationen ein anderes Verhalten zeige als während der Observation seines Alltagsverhaltens. In ärztlichen Untersuchungssituationen präsentiere er sich als ein Mensch, der unter einer starken Schmerzsymptomatik leide und dadurch in seinen Bewegungen deutlich beeinträchtigt sei. Hiermit nicht vereinbar seien die Ergebnisse der Observation, die ein völlig unauffälliges Verhalten zeigten. Diese Diskrepanz im Verhalten sei medizinisch nicht erklärbar. Daraus sei zu schliessen, dass der Beschwerdeführer eine bewusste Verhaltensmodulation zeige. Hinweise auf eine relevante unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit liessen sich aktuell somatisch-organischerseits nicht feststellen. Unfallunabhängig sei die Spinalkanalstenose zu werten, die nach medizinischer Erfahrung geeignet sei, ein gewisses Mass an Schmerzerleben zu begründen. Unter Berücksichtigung dieses Störungsbildes seien überwiegend leichte, selten mittelschwere Tätigkeiten ganztags ohne Leistungseinbusse zumutbar (AB 63.2/1 f.).

Psychiatrisch bestehe eine eher leichtgradige Herabstimmung, maximal im Ausmass einer sog. Dysthymie (ICD-10 F34.1), dies vor allem auch aus psychoreaktiven Gründen infolge des psychischen Leidens der Ehefrau. Das Bewältigungsmuster hinsichtlich des Schmerzleidens sei teils als dysfunktional zu bezeichnen. Vor dem Hintergrund der getätigten Observation sei das aktuelle Verhalten in der Untersuchungssituation als wahrscheinlich selbstlimitierend und verdeutlichend zu bezeichnen; der Beschwerdeführer beschreibe eine stärkere Einschränkung, als man aus den observierten Sequenzen entnehmen könne. Psychiatrisch gesehen, bestehe keine Grundlage für die Zuerkennung einer verminderten Zumutbarkeit (AB 63.2/2 f.).

**4.4** Den im Rahmen der Neuanschuldung im Mai 2014 (AB 122) eingeholten medizinischen Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**4.4.1** Im Bericht vom 10. Januar 2014 führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, eine hochgradige Spinalkanalstenose LWK4/5 mit rezessaler Enge rechts und rezessaler Stenose LWK5/SWK1 rechts bei ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) auf. Die rechtsseitigen Ischialgien seien mit der Magnetresonanztomographie (MRT) kongruent. Aufgrund der ausgeprägten Befunde in der

MRT sei die einzig mögliche Therapie die mikrochirurgische Dekompression und gegebenenfalls interlaminäre Abstützung LWK4/5. Die Hüft- und Leistenschmerzen seien aktuell spinal nicht erklärbar und könnten durchaus auch lokal bedingt sein (AB 122/3 f.).

**4.4.2** Im Bericht vom 16. Mai 2014 hielt der Hausarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, vor allem die Rückenschmerzen im Bereich der lumbalen und zervikalen Wirbelsäule hätten massiv zugenommen, dies gemäss den Abklärungen wegen degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule. Der Diabetes sei ebenfalls längere Zeit ausser Kontrolle geraten. Es bestünden aufgrund des täglichen Schmerzzustandes mehrheitlich therapieresistente körperliche und psychische Reaktionen (Verspannungen, Depression). Solange die lumbovertebralen Beschwerden nicht austherapiert seien, sei eine Arbeitsfähigkeit auch nur für sitzende Tätigkeiten kaum gegeben (AB 124/2).

**4.4.3** Im Bericht vom 14. Juni 2014 führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der körperliche und psychische Zustand habe sich seit 9. Juni 2011 verschlechtert. Der Beschwerdeführer befinde sich wegen einer depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung bei psychosozialer Belastung und therapieresistentem lumboradikulären Schmerzsyndrom seit 6. Juli 1999 in ihrer psychiatrischen Behandlung. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne nicht theoretisch, sondern nur praktisch durch berufliche Massnahmen beurteilt werden (AB 127/2 f.).

**4.4.4** Im Arztbericht vom 15. März 2016 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ als (psychiatrische) Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD 10 F32.1), bei psychosozialer Belastungssituation fest. Der Beschwerdeführer sei inhaltlich auf die somatischen Beschwerden und die gegenwärtigen psychosozialen Probleme konzentriert. Die Grundstimmung sei bedrückt, unsicher und traurig. Die Arbeitsfähigkeit müsse abgeklärt werden (AB 160/3 ff.).

**4.4.5** Im Arztbericht vom 30. März 2016 führte der Hausarzt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hochgradige Spinalkanal-

stenosierung LWK 5/SWK 1 mit rezessaler Enge rechts und rezessaler Stenosierung links L5/S1, allgemein ausgedehnte degenerative Veränderungen der LWS, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II sowie eine interkurrente schwere Depression auf. Es bestünden seit gut 15 Jahren unterschiedliche, therapieresistente Schmerzen teils lumbovertebral, teils lumboradikulär und teils blockierend im ISG-Bereich, da anatomische Engpässe im lumbalen Wirbelsäulenbereich vorlägen. In psychischer Hinsicht liege meistens ein deprimierter Zustand vor. Die körperlichen Einschränkungen würden durch Spinalkanalstenosierungen bewirkt. Es bestünden Bewegungseinschränkungen und Schmerzen unterschiedlicher Ausprägung. Die Frage, in welchem Umfang, seit wann und mit welchem Belastungsprofil eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, müsse vom Wirbelsäulenspezialisten beantwortet werden (AB 163/1 ff.).

**4.4.6** Im MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (AB 192.1/57):

- Aktuell subakutes lumboradikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts
- Radiologisch enger Spinalkanal, erosive Osteochondrose der unteren LWS auf Höhe LWK4/5 sowie radiologisch Foraminalstenosen L4 und L5 rechtsbetont sowie Rezessusstenosen L5 beidseits und fettige Atrophie der distalen Lumbalextensoren
- Rezidivierende depressive Störung nach Aktenlage mit teilweise schweren depressiven Episoden, aktuell leichte depressive Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Bekannter Diabetes mellitus Typ 2
- Gemäss Akten Ablehnen einer Insulintherapie durch den Versicherten, wahrscheinlich Malcompliance
- Periarthropatische Hüftbeschwerden rechts mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ferner folgende Diagnosen aufgeführt (AB 192.1/57 f.):

- Adipositas Klasse I nach WHO
- Gemäss Akten Verdacht auf beginnende diabetische periphere Polyneuropathie, fehlende Fusspulse der A. dorsalis pedis beidseits
- Gemäss Akten Leukozytose unklarer Ätiologie
- Hyperlipidämie
- Gemäss Akten Hypovitaminose D

- Gemäss Akten dorsale Analfissur und innere Hämorrhoiden Grad 1-2 (1999)
- Cholezystektomie vor 4-5 Jahren
- Nikotinabusus

Subjektiv im Vordergrund stünden schwere Schmerzen im Bereich der lumbalen Wirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein, mit erheblichen Sensibilitätsstörungen in diesem Bereich, ein Zittern, Lustlosigkeit, Ängste und eine psychosoziale Belastungssituation (AB 192.1/58).

Es sei schwierig, funktionelle Auswirkungen objektiver Befunde oder Diagnosen anzugeben, weil die meisten Befunde (im rheumatologischen und im Sinne der Somatisierung auch im psychiatrischen Bereich) erheblich überlagert seien, sich aber intermittierend mit dem aktuellen Reiz- und Ausfallsyndrom offensichtlich auch erhebliche somatisch-begründete Beeinträchtigungen ergäben. Im Grunde genommen habe sich im Rahmen der (kurzen) Abklärungsspanne bestätigt, was sich auch im jahrelangen Krankheitsverlauf zeige: Immer wieder müssten unterschiedliche Befunde erhoben werden, welche in der Konsequenz für die Arbeitsfähigkeit auch unterschiedlich gewertet würden bzw. worden seien. Es könne gesagt werden, dass die objektivierten Befunde (auch abgesehen vom akuten Geschehen) mit einem passiven Lebensstil absolut kongruent seien. Obwohl sich klinisch keine eigentlichen Muskelatrophien zeigten, fänden sich bildgebend deutliche fettige Degenerationen, die für eine gewisse Bewegungsarmut sprächen. Möglicherweise spielten hierbei ein intermittierender (Schmerz-) Verlauf und auch der diagnostizierte Diabetes mellitus eine Rolle. Bezüglich Letzterem zeigten sich im Rahmen der Laboruntersuchungen effektiv objektivierbare schwere pathologische Befunde. Es fänden sich dagegen keine Seitendifferenzen in der Ausbildung der Muskulatur an den Beinen. Bewegungseinschränkungen im Rahmen der klinischen Untersuchung seien bei spontaner Beobachtung (Untersuchungswoche) nicht vorhanden, was die erwähnte Überlagerung zeige. Befunde seien wenige Tage später aber im Sinne der neurochirurgischen Befunde effektiv vorhanden gewesen. Psychiatrisch führe dieses passive sich in die Schmerzkrankheit ergeben mit Sicherheit zu einer verminderten Durchhaltefähigkeit und psychischen Belastbarkeit. Es werde bei entsprechender Belastung mit Sicherheit zu einer Zunahme der Symptomatik kommen. Dabei handle es sich nicht nur um eine bewusstseinsnahe Demonstration. Vielmehr bestehe eine der-

artige Chronifizierung im Schmerzerleben, dass die Willensbildung des Beschwerdeführers, sich davon zu lösen, effektiv vermindert sei. Ein erhebliches affektives Leiden sei nicht diagnostiziert worden. Ein solches bestehe zwar subjektiv, objektivierbare Hinweise für ein aktuelles relevantes depressives Geschehen fänden sich jedoch nicht (AB 192.1/59 f.).

Psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden in der schweren psychischen Erkrankung der Gattin; der Umgang mit einer Erkrankten vom manisch-depressiven Formenkreis müsse als belastend bezeichnet werden, insbesondere wenn die Erkrankte nicht optimal eingestellt werden könne. Der Versicherte berichte auch über eine erschwerte Entwicklung in der Kindheit und Jugend im Sinne einer Bindungsstörung, die erwiesenermassen die Entwicklung eines psychosomatischen Leidens fördern könne. Schwere kognitive Störungen, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkten, bestünden nicht (AB 192.1/60 f.).

Im Rahmen der somatischen Untersuchungen hätten sich teils deutliche Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den Untersuchungsbefunden gezeigt bzw. seien letztere im Rahmen der gesamten Abklärung in sich nicht konsistent. Keine Inkonsistenzen zeigten sich in der langjährigen Krankheitsgeschichte im Sinne des Krankheitserlebens. Die Symptomatik sei über Jahre konstant geblieben. Es bestehe auch kein relevanter sozialer Rückzug, ein solcher werde vom Beschwerdeführer auch nicht beschrieben (AB 192.1/61).

Die Tätigkeit als ... müsse als körperlich belastend bezeichnet werden. In einer solchen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer heute nicht mehr einsetzbar. In adaptierter Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung des anlässlich der neurochirurgischen Exploration festgestellten subakuten lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Wenige Tage zuvor habe die Arbeitsfähigkeit ohne diese neuen Befunde bei 70 % gelegen. Betreffend den Verlauf bestehe seit langem eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit, unterbrochen von intermittierenden Verschlechterungen des Rückenleidens und damit auch der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, wie sich dies aktuell gezeigt habe (AB 192.1/61 ff.).

**4.4.7** Gemäss Bericht vom 8. August 2017 von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, fanden sich keine Hinweise auf eine relevante strukturelle Kardiopathie (AB 196/2).

**4.4.8** Eine am 25. Oktober 2017 durchgeführte kardiale MRT ergab normal dimensionierte Ventrikel beidseits mit normaler Pumpfunktion. Es bestünden keine Hinweise auf eine klinisch relevante, belastungsinduzierte Myokardischämie. Es könne keine myokardiale Narbe nachgewiesen werden (AB 198/2 f.).

**4.4.9** Im Bericht vom 5. Januar 2018 führte Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostisch eine chronifizierte lumbovertebrale Schmerzproblematik bzw. Lumboischialgie-Symptomatik rechts bei konstitutionell engem Spinalkanal, mittelschweren Spinalstenosen L4/L5 und L2/L3 und Zustand nach Unfallereignis mit wahrscheinlich leichtgradiger LWK 4-Fraktur 1998 auf. Bildgebend fänden sich Verengungen des Spinalkanales im Rahmen von leichten degenerativen Veränderungen. Es bestehe konstitutionell ein enger Kanal. Wahrscheinlich habe sich der Beschwerdeführer 1998 auch eine leichte Kompressionsfraktur des LWK 4 zugezogen. Man könne aufgrund der vorliegenden Röntgenrapporte konstatieren, dass der Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule über Jahre stationär vorhanden sei. Die Beinsymptomatik werde wahrscheinlich durch die Stenose L4/L5 erklärt. Es werde die Wiederholung einer epiduralen Infiltration empfohlen. Chirurgisch sei kein dringlicher Interventionsbedarf gegeben (AB 203/3 f.).

**4.4.10** Im Bericht vom 1. März 2018 hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine symptomatische Coxarthrose rechts, eine chronische Lumbago mit Ausstrahlung beidseits, ein anlagebedingt enger Spinalkanal mit aktuell Diskushernie und eine ausgedehnte Diskopathie L3/4 fest. Der Beschwerdeführer leide unter einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom mit ischialgieformiger Komponente, wobei die Symptome seit mindestens 20 Jahren vorhanden seien. Die Lumbalkyphose in Kombination mit den Stenosen über die Segmente L2-S1, mit einer kleinen Diskushernie L4/5, führe nicht zur einer Neurokompression, allerdings zu einer mechanisch sehr ungünstigen Situation. Therapeutisch könne nicht zu einer Ope-

ration der Wirbelsäule geraten werden. Dagegen sei von Seiten der Hüftpathologie eine Abklärung durch einen Hüftchirurgen sinnvoll (AB 206).

**4.4.11** Im Bericht vom 22. Juni 2018 hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, als Diagnosen eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren, chronische Lumboischialgien rechtsbetont bei anlagebedingt engem Spinalkanal und mittelschwerer Spinalkanalstenose L4/5 und L2/3 sowie eine chronische Depression fest. Zusammenfassend bestehe eine schwere chronifizierte Lumboischialgie-Problemik rechtsbetont, die einen gemischten Charakter sowohl mechanisch nozizeptiv (mögliche lumbospondylogene Problemik) wie auch neuropathisch aufweise. In der heutigen klinischen Untersuchung seien die Sensibilitätsstörungen am rechten Bein jedoch sehr diffus und nicht klar einem Dermatome zuzuordnen gewesen. Die beschriebene Ausstrahlung der Schmerzen entspreche jedoch einigermaßen dem Dermatome L4 und S1. Die beschriebene mittelschwere Spinalkanalstenose L4/5 könne sicherlich zumindest eine Teilkomponente der Beschwerden erklären. Es sei nicht auszuschliessen, dass zusätzlich noch eine gewisse facetogene Schmerzkomponente bestehe. Es sei eine epidurale foraminale Infiltration L4/5 rechts unter Durchleuchtung durchgeführt worden. Die Entfaltung der Steroid-Wirkung sei noch abzuwarten. Bei dieser komplexen Schmerzsituation spielten bei dem langjährigen Verlauf sicherlich auch gewisse Hypersensibilisierungsmechanismen eine Rolle. Die psychosozial belastende Situation (Abhängigkeit vom Sozialdienst, depressive Problemik, Arbeitsunfähigkeit) beeinflussten sicherlich auch das Schmerzerleben (AB 214/2 f.).

**4.4.12** Im Bericht vom 21. August 2018 führte Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose eine Coxarthrose rechts auf. Aus ärztlicher Sicht stehe die akute Symptomik der Diskushernie im Vordergrund. Zum Ausschluss einer Mitbeteiligung der Coxarthrose sei eine intraartikuläre Hüftinfiltration durchgeführt worden (AB 216/2 f.).

**4.4.13** Im Bericht vom 30. November 2018 hielt die RAD-Ärztin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales, intermittierend rechtsseitiges lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlform

der Wirbelsäule, anlagebedingt engem Spinalkanal, Foraminalstenosen L4 und L5 rechtsbetont, Rezessusstenosen L5 beidseits, degenerativen Veränderungen und fettiger Atrophie der distalen Rückenstreckmuskeln sowie eine Coxarthrose rechts, zeitweise symptomatisch, fest. Weiter wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Diabetes mellitus Typ 2b, aktenanamnestisch bis 2017 schlecht eingestellt, eine Störung des Fettstoffwechsels (Hypertriglyzeridämie und Hypercholesterinämie) und aktenanamnestisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Folgen (ICD-10 F45.4) aufgeführt. Der jüngste aktenkundige Verlauf bestätige, was sich aus dem Dossier seit Jahren erkennen lasse; nämlich divergente medizinische Beurteilungen einer über gut zwanzig Jahre persistierenden gleichartigen subjektiven Symptomatik, divergente Therapieempfehlungen, z.B. wiederholte Diskussionen für und wider eine Operation an der Lendenwirbelsäule, und durch zunehmende Resignation der involvierten Ärzte mitverursachtes Ausscheiden des Beschwerdeführers aus dem Arbeitsprozess bereits im Alter von 39 Jahren. Die im neurologischen Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom Dezember 2010 zum Ausdruck gebrachte Konstellation, dass sich seit Jahren in der klinisch-neurologischen Untersuchung kein pathologischer Befund habe reproduzieren lassen, sei nach wie vor aktuell. Nicht erwiesen sei eine massgebliche Verschlechterung auch auf der psychischen Ebene. Sowohl körperlich als auch geistig und psychisch sei der Beschwerdeführer objektiv in der Lage, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit vollumfänglich auszuüben (AB 217/10 f.).

**4.4.14** In der Stellungnahme vom 17. April 2019 führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aus, die postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei für die Zeit nach dem 9. Juni 2011 nach wie vor nicht belegt. Im Einwand des Beschwerdeführers würden keine neuen medizinischen Aspekte vorgetragen. Die im Bericht vom November 2018 gestellten Diagnosen gälten unverändert. Das dort beschriebene Zumutbarkeitsprofil habe seit 9. Juni 2011 Gültigkeit. Selbst bei – mit fortschreitendem Alter ohnehin zu erwartender – Zunahme von degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat sei eine angepasste Tätigkeit seit 9. Juni 2011 medizinisch vertretbar, abgesehen von vorübergehenden, durch akute Erkrankungen

bedingten kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten, wie sie in der Allgemeinbevölkerung vorkämen (AB 225/4 f.).

**4.5** 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353). Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**4.6** Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären MEDAS-Begutachtung im April 2017 in somatischer und psychischer Hinsicht umfassend abgeklärt (vgl. AB 192.1). Infolge des anlässlich der neurochirurgischen Exploration diagnostizierten subakuten lumbovertebralen und lumboradikulären Schmerz- und Ausfallsyndroms (AB 192.1/38 ff.) fanden in der Folge bei verschiedenen Ärzten Verlaufsabklärungen und Behandlungen statt (AB 203/3 f., 206, 214, 216). Zusätzlich wurde der Beschwerdeführer auch in kardiologischer Sicht untersucht (AB 196/2 ff., 198/2 ff.).

Nachdem der Beschwerdegegnerin die entsprechenden Berichte zugekommen waren, hat sich die RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, im Aktenbericht vom 30. November 2018 (AB 217) einlässlich mit den Ausführungen im MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 (AB 192.1), den im Nachgang dazu eingeholten Berichten und den weiteren, umfangreichen Vorakten, namentlich auch betreffend die Zeit vor der rentenablehnenden Verfügung vom 9. Juni 2011 (AB 84), auseinandergesetzt. Gestützt auf den umfassend dokumentierten Krankheitsverlauf hat sie schlüssig und überzeugend begründet, dass – trotz (teils) divergenter ärztlicher Einschätzungen betreffend die diagnostische Einordnung und der verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit – eine seit rund 20 Jahren persistierende gleichartige subjektive Symptomatik vorliegt und dass auf der Basis der nach dem 9. Juni 2011 von den behandelnden Ärzten und im MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 beschriebenen klinisch objektivierbaren Befunde weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine relevante gesundheitliche Verschlechterung ausgewiesen ist (AB 217/8 ff.; vgl. AB 225/2 ff.). Schliesslich hat die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 17. April 2019 überzeugend (erneut; vgl. AB 225/4) dargelegt, dass und weshalb allein gestützt auf bildgebende Befunde, ohne korrelierende Klinik und zeitnahe therapeutische Massnahmen, nicht auf eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden kann (AB 225/2 ff.). Dabei stützte sich die RAD-Ärztin zur Begründung ihrer Einschätzung auf die aktenkundigen – insbesondere auch nach der MEDAS-Begutachtung – durch verschiedene kompetente Fachärzte erhobenen klinischen Befunde (vgl. auch E. 4.8 hier-nach). Insgesamt erfüllen die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, vom 30. November 2018 und 17. April 2019 die von der Rechtsprechung an solche gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.5 hiervor) und sind grundsätzlich voll beweiskräftig.

**4.7** Im Einzelnen ist insbesondere mit Bezug auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 und die dort erhobenen Befunde Folgendes festzuhalten:

**4.7.1** In allgemeinmedizinischer und internistischer Hinsicht vermochten die MEDAS-Gutachter keine relevanten Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erheben (AB 192.1/28 Ziff. 4.1.3.1). Hinsichtlich des Dia-

betes wurde darauf hingewiesen, dass dieser wegen der fehlenden Therapieadhärenz (Malcompliance) des Beschwerdeführers seit Jahren schlecht eingestellt ist (AB 192.1/29 Ziff. 4.1.5). Der Beschwerdeführer ist im Rahmen der Schadenminderungspflicht gehalten, sich diesbezüglich einer Behandlung zu unterziehen. Gleiches gilt bezüglich der gemäss Gutachten notwendigen Gewichtsreduktion und Nikotinabstinenz (AB 192.1/29 Ziff. 4.1.5). Die von den Experten veranlasste und im Nachgang an das MEDAS-Gutachten durchgeführte kardiologische Untersuchung zur Klärung einer allfälligen durch den langjährigen Diabetes verursachten (stummen) koronaren Herzkrankheit (AB 192.1/29 Ziff. 4.1.5) ergab normale Verhältnisse (AB 198/3, 196/3), so dass auch in dieser Hinsicht im Vergleich zur Situation vor dem 9. Juni 2011 keine Verschlechterung erstellt ist.

**4.7.2** Im rheumatologischen Teil des MEDAS-Gutachtens wurde auf die bildgebend seit Jahren bekannten (vgl. AB 7/54 f., 63.3/16 f., 108/22 E. 4.6.1, 122/5) und anlässlich der Untersuchung erneut festgestellten (AB 192.1/21 f., 192.2/3) engen Verhältnisse im Spinalkanal hingewiesen (AB 192.1/33 Ziff. 4.2.5.1). Wie die RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, in der Stellungnahme vom 17. April 2019 diesbezüglich überzeugend (nochmals; vgl. AB 225/4) festgehalten hat, belegen selbst divergente Einschätzungen von MRT-Bildern für sich allein, d.h. ohne zugehörige klinisch-pathologische Befunde und zeitnah folgende Therapiemassnahmen, keine Zustandsverschlechterung (AB 225/4). Denn gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung lassen bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde in der Regel für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zu bzw. besteht gerade keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose (auch bei somatisch dominierten Leiden) und Arbeitsunfähigkeit (Entscheide des BGer vom 19. Mai 2016, 9C\_646/2015, E. 4.2, sowie 14. Januar 2016, 9C\_514/2015, E. 4). Die verschiedenen in den Akten liegenden MRT-Berichte lassen denn auch – entgegen der vom Beschwerdeführer im Einwand vom 22. Februar 2019 dargelegten und an der öffentlichen Schlussverhandlung bestätigten Auffassung (AB 223/2) – noch keinen Schluss auf eine allfällige Verschlechterung der Situation betreffend die Lendenwirbelsäule zu. Massgebend ist hier vielmehr eine Gesamtschau namentlich unter Einbezug der klinischen Befunde. Diesbezüglich verwies

zunächst der rheumatologische MEDAS-Experte jedoch im Wesentlichen auf inkonsistente Untersuchungsergebnisse und nicht-dermatombezogene Ausfälle. Zusammen mit den erhobenen positiven Waddell-Zeichen (AB 192.1/32) – die für eine nichtorganische Pathologie bzw. ein inadäquates Krankheitsverhalten sprechen (VILLIGER/SEITZ [Hrsg.], Rheumatologie in Kürze, 2. Aufl. 2006, S. 166; HOFFMANN-RICHTER/JEGER/SCHMIDT, Das Handwerk ärztlicher Begutachtung, 2012, S. 82) und die bereits 1999 erhoben wurden (AB 7/25) –, weiteren nicht objektivierbaren Beschwerden (zittrnde Bewegungen, Selbstlimitierungen) sowie mit Hinweis auf die Vorakten schloss der Gutachter nachvollziehbar auf eine seit Jahren unverändert bestehende Schmerzfehlerverarbeitung (AB 192.1/33 Ziff. 4.2.5.1). Klinisch objektivierbare funktionelle Einschränkungen bzw. eine seit der Abklärung in der E.\_\_\_\_\_ objektiv verschlechterte gesundheitliche Situation betreffend die Wirbelsäule vermochte er nicht festzuhalten (AB 192.1/34 f. Ziff. 4.2.5.3., Ziff. 4.2.6). Dies stimmt mit den nach der Begutachtung erstellten Berichten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2018 und Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 1. März 2018 überein, die – klinisch und bildgebend – einen seit Jahren stationären Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule (AB 203/3) bzw. ein seit mindestens 20 Jahren vorhandenes Schmerzsyndrom mit ischialgieformer Komponente (AB 206) bestätigten. Was die von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ erwähnte Lumbalkyphose betrifft (AB 206/2), bezeichnet diese eine Krümmung der Wirbelsäule (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1006), welche gemäss dem Facharzt anlagebedingt ist und zu dem – seit Langem bekannten (vgl. AB 7/54 f.) – engen Spinalkanal bzw. der ungünstigen mechanischen Situation führt (AB 206/1 f.). Es liegen damit keine Anhaltspunkte für eine (weiter abzuklärende) Veränderung im Vergleich zur Situation per 9. Juni 2011 (vgl. E. 4.2.2 hiervor) vor, was anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung verkannt wurde. Ebenfalls keine relevanten Befunde im Sinne einer verschlechterten Situation im Vergleich zum Zustand per 9. Juni 2011 ergab die im Nachgang an die Untersuchung bei Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zusätzlich durchgeführte Abklärung der Hüfte durch Dr. med. M.\_\_\_\_\_; diese zeigte zwar eine beginnende Coxarthrose rechts, wobei jedoch keine relevanten Funktionseinschränkungen festgehalten wurden. Die Coxarthrose stand für den Facharzt denn auch nicht im Vordergrund der geklagten Beschwerden (AB 216/3).

**4.7.3** In neurochirurgischer Hinsicht wurde im MEDAS-Gutachten aufgrund eines anlässlich der Untersuchung geklagten subakuten lumbovertebralen und lumboradikulären Schmerz- und Ausfallsyndroms L5 und S1 rechts ein objektivierbarer bzw. pathologischer Zustand mit aktuell erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von unbestimmter Dauer angenommen (AB 192.1/38 f. Ziff. 4.3.5.1). Gestützt darauf wurde aus neurochirurgischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 70 % (bzw. 30 % auch ohne die „neuen“ Befunde) postuliert (AB 192.1/62 Ziff. 9.2). Mit Bezug darauf hat die RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, im Bericht vom 30. November 2018 – wie im Folgenden anhand der Akten aufgezeigt wird – nachvollziehbar ausgeführt, dass die subakute, einem Schmerz- und Ausfallsyndrom zugeordnete Schmerzmanifestation, nicht neu, sondern im Rahmen der bekannten Schmerzproblematik seit Jahren immer wieder mehr oder weniger akut aufgetreten bzw. geltend gemacht worden sind (AB 217/8). Gemäss Gutachten manifestierte sich das diagnostizierte subakute lumboradikuläre Schmerz- und Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts im Rahmen von subjektiv stärkeren und anhaltenden bzw. deutlichen Lumboischialgien. Weiter wurden ein verminderter Kraftgrad II-III der Zehen- und Fusshebermuskulatur und eine Hypästhesie (herabgesetzte Empfindung von Sinnes- bzw. Berührungsreizen im Sinne von Sensibilitätsstörungen [PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 816]) L5 und S1 rechts und zum Teil L4 aufgeführt (AB 192.1/36 ff. Ziff. 4.3.2 f.). Entsprechende Symptome machte der Beschwerdeführer jedoch bereits in früheren Jahren geltend, wobei deren diagnostische Einordnung nicht einheitlich erfolgte: So wurde im Oktober 1998 über eine diskrete Fuss- und Zehenheberschwäche rechts, eine allgemeine Gefühlsveränderung im rechten Bein und ein lumboischialgieformes Beschwerdebild wahrscheinlich radikulärer Genese mit diskreten sensomotorischen Hinweisen auf die Wurzel L5 eher als S1 berichtet (AB 7/54 f.). Im Bericht vom 26. Februar 1999 der Klinik O.\_\_\_\_\_ zum Schiff wurde ein sensorisches lumboradikuläres Restsyndrom L5 und S1 rechts mit Par- bzw. Hypästhesie festgehalten (AB 7/33 f.). Auch der Arzt der C.\_\_\_\_\_ führte im August 1999 aus, der Beschwerdeführer klage über Beschwerden im Sinne einer Ischialgie und über Sensibilitätsstörungen (AB 7/26). Im Bericht des Spitals P.\_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 1999 wurden chronifizierte lumboischialgieforme Schmerzen bei Spinalkanalstenosen L3/4 bis L5/S1

mit Kompression der Wurzel L5 und entsprechendem sensiblem und motorischem Ausfallsyndrom festgehalten (AB 7/19 f). Im kreisärztlichen Abschlussbericht der C. \_\_\_\_\_ vom 9. März 2000 ist von einem therapieresistenten Lumboradikulärsyndrom rechts u.a. mit Sensibilitätsstörungen die Rede (AB 7/13). Im neurologischen Teilgutachten der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2010 befasste sich der damalige Gutachter schliesslich ausführlich mit geklagten neurologischen Beschwerden und legte überzeugend (vgl. BGer 9C\_851/2012, E. 4.4.2) dar, dass und weshalb damit keine somatisch-strukturelle Schädigung des Nervensystems nachzuweisen sei (AB 63.3/17). Vor diesem Hintergrund erhellt, dass der im MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 aus neurologischer Perspektive beschriebene Zustand mit dem subakuten Reiz- und Ausfallsyndrom nicht von der bereits per 9. Juni 2011 bestandenen gesundheitlichen Situation mit wechselnder Symptomatik bzw. immer wieder geklagten Verschlechterungen abweicht, was die RAD-Ärztin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, gestützt auf die aktenkundigen fachärztlich erhobenen klinischen Befunde – wie erwähnt – überzeugend bestätigt hat. Selbst im MEDAS-Gutachten wurde im Rahmen des interdisziplinären Konsensus festgehalten, dass sich im Rahmen der Abklärung bestätigt habe, was der jahrelange Krankheitsverlauf zeige; immer wieder müssten unterschiedliche Befunde erhoben werden, die zu divergenten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit führten (AB 192.1/59 Ziff. 8.1). Nach Angaben der Gutachter decken sich die erhobenen Befunde zudem mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, wonach dessen Symptome seit Jahren konstant seien (AB 192.1/58 f. Ziff. 8 [unten]). Gegen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spricht sodann – wie die RAD-Ärztin ebenfalls schlüssig festgehalten hat (AB 217/8) – auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer den (im April 2017 [AB 192.1/1] gemachten) Therapieempfehlungen des begutachtenden Neurochirurgen zur Behandlung des Schmerz- und Ausfallsyndroms trotz geltend gemachtem höheren Leidensdruck nicht unverzüglich gefolgt ist; so folgten erst im Januar und März 2018 weitere Abklärungen (AB 203/3, 206/1) und eine Infiltration im Bereich der Wirbelsäule wurde gar erst im Juni 2018 (mithin mehr als ein Jahr nach der Begutachtung) durchgeführt (AB 214/2). Im Übrigen verneinten die behandelnden Ärzte, anders als an der öffentlichen Schlussverhandlung postuliert wurde, eine Indikation zur Operation nicht etwa wegen des Alters, sondern – wie schon vor Juni 2011 (AB 7/13,

7/20, 7/31, 7/34, 7/55) – eben mit Blick auf die weitgehend fehlenden pathologischen Befunde (AB 206/2, 203/3 f.). Nach dem Gesagten ergibt sich auch auf der Basis der neurochirurgischen Begutachtung keine relevante gesundheitliche Veränderung. Dass im MEDAS-Gutachten vorab auf der Basis der neurochirurgischen Einschätzung eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % mit bzw. von 30 % ohne das subakute Schmerz- und Ausfallsyndrom postuliert wurde (AB 192.1/62), ändert daran – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nichts; denn unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**4.7.4** Schliesslich besteht auch in psychiatrischer Hinsicht eine über viele Jahre hinweg vergleichbare Situation. Die den Beschwerdeführer seit 1999 (AB 49/3) behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, beschrieb den Verlauf bereits vor dem massgebenden Referenzzeitpunkt vom 9. Juni 2011 (AB 49/3) und im Wesentlichen übereinstimmend auch in den späteren Berichten (AB 127/2 f., 160/3-7) mit immer wieder auftretenden Verschlechterungen bzw. einer wechselhaften depressiven Symptomatik primär aufgrund von (invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten; VGE IV/2011/681, E. 4.6.2 [AB 108/24]) psychosozialen Belastungssituationen insbesondere durch die Erkrankung der Ehefrau. Diagnostisch führte sie durchgehend eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung auf, eine Arbeitsunfähigkeit attestierte sie jedoch nie, sondern hielt einzig fest, dass diese abzuklären wäre (AB 39.20/14, 39.16/1, 49/3, 127/2 f., 160/3-7). Anlässlich der Abklärung in der Klinik E.\_\_\_\_\_, im November 2010 wurde eine depressive Verstimmung vorab aus psychoreaktiven Gründen infolge der Erkrankung der Ehefrau bestätigt, dies jedoch – auf der Basis der erhobenen Befunde – höchstens im Ausmass einer Dysthymie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (AB 63.4/12 f.). Auf diese Einschätzung stellten in der Folge das Verwaltungsgericht und auch das Bundesgericht ab (VGE IV/2011/681, E. 4.2.6 und E. 5.2 [AB 108/22 und 108/25]; BGer 9C\_851/2012, E. 4.4.2 [AB 115/9]). Aus dem MEDAS-Gutachten vom 22. Juni 2017 ergibt sich in psychiatrischer Hinsicht nichts wesentlich anderes. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive

Störung, wobei auf der Basis des anlässlich der Untersuchung erhobenen Psychostatus keine bzw. höchstens eine leichte depressive Episode objektiviert werden konnte (AB 192.1/47 f.). Dabei wurde auf eine deutliche Diskrepanz zwischen dem subjektiven Krankheitserleben und den depressiven Befunden hingewiesen und festgehalten, dass das affektive Leiden bezüglich der Arbeitsfähigkeit viel weniger ins Gewicht falle als das Schmerzerleben (AB 192.1/48). Soweit der psychiatrische Experte in der Folge jedoch aufgrund einer Somatisierungsstörung eine verminderte Willensbildung postuliert hat, indem das Schmerzerleben des Beschwerdeführers – insbesondere unter Belastung – einen grossen Teil seines Erlebens einnehme und dadurch zur Vorstellung eines Nichtkönnens führe (AB 192.1/49 Ziff. 4.4.5.2), ist darin ebenfalls keine Änderung gegenüber der Situation vor Juni 2011 zu sehen. So wurde bereits anlässlich des stationären Aufenthalts Ende 1999 im Spital P.\_\_\_\_\_ eine psychogene Überlagerung des Schmerzsyndroms im Sinne einer „psychoprotektiven Funktion der Schmerzen“ diskutiert (AB 7/20). In der Folge wurde jedoch im – gemäss Verwaltungsgericht und Bundesgericht voll beweiskräftigen – psychiatrischen Teilgutachten der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom November 2010 auf der Basis der Observationsergebnisse vom Dezember 2009 (vgl. AB 41) festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer im Alltag nicht wie ein für alle Kontaktpersonen gut sichtbar geplagter Schmerzpatient verhalte, woraus zu folgern sei, dass die im Spital P.\_\_\_\_\_ angestellten Überlegungen zur psychoprotektiven Funktion der Schmerzen offensichtlich unzutreffend seien. Vor dem Hintergrund der Observationsergebnisse bezeichnete der Experte der Klinik E.\_\_\_\_\_ das Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation vielmehr als selbstlimitierend und verdeutlichend (AB 63.4/13). Auf ein selbstlimitierendes Verhalten, Inkonsistenzen und eine schlechte Compliance wird auch im MEDAS-Gutachten hingewiesen (AB 192.1/33 f. Ziff. 4.2.5.1 und Ziff. 4.2.5.3 f., 192.1/58 Ziff. 8, 192.1/61 Ziff. 8.4). Der psychiatrische Experte hielt zudem fest, dass der Beschwerdeführer nicht konzise auf gestellte Fragen eingegangen sei (AB 192.1/45 Ziff. 4.4.3) und gegen Ende des Gesprächs ein theatralisches Schmerzgebaren gezeigt habe (AB 192.1/46 [unten]). Schliesslich sprechen gemäss der RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, die nicht bzw. verzögert wahrgenommenen Therapieangebote gegen einen hohen Leidensdruck (AB 217/10). Demnach ist auch in psychiatrischer Hinsicht eine ge-

genüber der Abklärung in der Klinik E.\_\_\_\_\_ veränderte Situation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

**4.8** Zusammenfassend ist nach dem Dargelegten gestützt auf den beweiskräftigen Bericht der RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, vom 30. November 2018 (AB 217/6 ff.) und dessen Bestätigung durch denjenigen vom 17. April 2019 (AB 225/2 ff.) sowie auf der Basis der Ergebnisse aus der interdisziplinären MEDAS-Abklärung des Beschwerdeführers vom 22. Juni 2017 (AB 192.1) und des aktenkundigen, umfassend dokumentierten Krankheitsverlaufs namentlich auch nach der MEDAS-Begutachtung keine revisionsrechtlich relevante Änderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht, erstellt. Entgegen der anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung dargelegten Auffassung des Beschwerdeführers liegt mit den nach der MEDAS-Begutachtung zusätzlich durchgeführten fachärztlichen Abklärungen ein „individueller“ und lückenloser Untersuchungsbefund vor, auf deren Basis letztlich die entsprechend nachvollziehbare Beurteilung der RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, beruht. Bezüglich ihrer Berichterstattung kann deshalb von „Mutmassungen“, wie dies vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung moniert wurde, keine Rede sein. Aufgrund des vorliegenden Beweisergebnisses ist in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen zu verzichten (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2). Mangels einer revisionsrechtlich relevanten Änderung entfällt sodann auch eine vertiefte Prüfung des Invaliditätsgrades. Die angefochtene Verfügung vom 23. April 2019 ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden, die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 1'000.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 800.-- zur Bezahlung auferlegt.

**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). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin gemäss allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 800.-- zur Bezahlung auferlegt. Der Differenzbetrag von Fr. 200.-- hat er nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils nachzuzahlen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (inkl. Eingabe der IV-Stelle Bern vom 19. November 2019)
  - IV-Stelle Bern
  - 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.