

200 21 139 IV
ACT/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Juli 2021

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Januar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im August 2006 unter Hinweis auf eine Depression, einen Cluster-Kopfschmerz, einen Tinnitus und ein Burn-Out bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). In der Folge tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen und verneinte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. März 2007 (act. II 19) einen Anspruch auf IV-Leistungen.

Im Mai 2018 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an und gab als gesundheitliche Beeinträchtigungen Depressionen, eine Sozialphobie, eine bipolare Störung, eine Skoliose, Cluster-Kopfschmerzen, eine Migräne, einen Tinnitus und einen Morbus Scheuermann an (act. II 29). Im Rahmen der erneut durchgeführten erwerblichen und medizinischen Erhebungen gab die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ GmbH (MEDAS) in Auftrag (Expertise vom 5. September 2019; act. II 82.1-8; Stellungnahme vom 20. Oktober 2020; act. II 94). Mit Vorbescheid vom 4. November 2020 (act. II 95) stellte die IVB mangels einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 103) verneinte sie mit Verfügung vom 13. Januar 2021 (act. II 104) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 10. Februar 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch die B._____, Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 13. Januar 2021 sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 13. Januar 2021 (act. II 104). Streitig und zu prüfen ist allein der Rentenanspruch (Beschwerde S. 1 Ziff. I Rechtsbegehren). Soweit in der umfassenden Verfügung vom 13. Januar 2021 (act. II 104) weitere Ansprüche verneint worden sind, ist die Verfügung mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen.

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

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

2.

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei Neuanmeldungen gilt dies analog.

2.3.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass

der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom Mai 2018 (act. II 29) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 20. März 2007 (act. II 19) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2021 (act. II 104) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 Der Verfügung vom 20. März 2007 (act. II 19) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

3.2.1 Im provisorischen Austrittsbericht der Klinik D._____ vom 20. Juli 2005 (act. II 14 S. 13 f.) über die Hospitalisation vom 23. Juni bis 21. Juli 2005 wurden als Diagnosen chronifizierte clusterartige Kopfschmerzen, ein beginnender Morbus Scheuermann der kaudalen BWS, eine Gastritis und eine mittelschwere depressive Störung genannt.

3.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Ophthalmologie, führte am 18. Januar 2006 aus, ophthalmologisch liege ein Normalbefund vor. Ein Zusammenhang mit den chronischen clusterartigen Kopfschmerzen sei nicht zu finden (act. II 14 S. 18).

3.2.3 Am 20. Januar 2006 diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Otorhinolaryngologie, den Verdacht auf Cluster-Kopfschmerz links (act. II 14 S. 15 f.). Aufgrund der anamnestischen Angaben und der durchgeführten Untersuchungen sei nicht an eine rhinosinugene Ursache der Beschwerden zu denken; differentialdiagnostisch sei in erster Linie an einen Cluster-Kopfschmerz links zu denken (act. II 14 S. 16).

3.2.4 Im Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Oktober 2006 (act. II 14 S. 5-14) zu Händen des Taggeldversicherers wurde ausgeführt, in diagnostischer Hinsicht sei es gerechtfertigt, von einer unreifen, abhängigen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.7 zu reden. Es bestünden sicher auch narzisstische Anteile und misstrauische Züge, welche das Bild dieser Persönlichkeitsstörung verstärkten. Im Rahmen dieser auffälligen Persönlichkeitsstruktur neige der Beschwerdeführer vor allem bei Anforderungen zu einer depressiven Überforderung, wobei diese Symptomatik am ehesten als langandauernde Depression interpretiert werden könne gemäss ICD-10 F43.21. Der Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode werde nicht erreicht (S. 11). Aus vertrauenspsychiatrischer Sicht müsse erwähnt werden, dass die bis zum aktuellen Zeitpunkt bestätigte 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht nicht gerechtfertigt sei. Es sei eine Schadenminderung zumutbar und eine Arbeitsaufnahme könne verlangt werden (S. 12).

3.2.5 Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 15. Oktober 2006 (act. II 10) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein ausgeprägtes depressives Zustandsbild mit Suizidgedanken, eine Borderlinestörung, einen Cannabiskonsum, starke Kopfschmerzen und andere somatische Schmerzsyndrome im Bereich der HWS (S. 1).

3.2.6 Im Bericht vom 21. November 2006 (act. II 14 S. 1-4) diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychiatrische Störung (Persönlichkeitsstörung, depressive Störung) und chronifizierte clusterartige Kopfschmerzen (S. 1). Es lägen funktionelle Einschränkungen im Arbeitsbereich durch die Depression und chronischen Kopfschmerzen mit fehlender Konzentrationsfähigkeit vor. Auch bei der Alltagsbewältigung sei der Beschwerdeführer vor allem wegen der Kopfschmerzen eingeschränkt (S. 2). Der internistische Status sei normal (S. 3).

3.2.7 Im Bericht vom 29. Dezember 2006 (act. II 17) vermerkte Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein depressives Zustandsbild seit

Mai 2005 (DD; ICD-10 F34.1, F43.21), den Verdacht auf eine unreife, abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) bzw. DD eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) und chronifizierte clusterartige Kopfschmerzen (S. 1). Funktionell einschränkend seien praktisch täglich auftretende, breit abgeklärte, auf Tryptane offenbar ansprechende Kopfschmerzen und ein depressives Zustandsbild mit Antriebsstörungen und Konzentrationsmangel. Während der Kopfweh-Attacken sei der Beschwerdeführer zu keinerlei Leistung im Stand. In den depressiven Phasen sei eine Leistung möglich, deren Ausmass aber sehr schwankend sein dürfte. Der Beschwerdeführer konsumiere Cannabis (S. 2).

3.3 Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2021 (act. II 104; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste K. _____ AG vom 8. August 2018 (act. II 47 S. 3-9) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.10) bei Verdacht auf bipolare Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ICD-10 F90.0), eine Opiatabhängigkeit im Rahmen der chronischen Schmerzen, gegenwärtig unter Methadonsubstitution (ICD-10 F11.22; 2010), diagnostiziert (S. 6). Die Behandlung erfolge seit 2013 und es bestehe ab diesem Zeitpunkt bis auf weiteres eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Der Beschwerdeführer leide seit 2005 unter intermittierend länger andauernden depressiven Phasen, während derer Leere, Hoffnungs- und Antriebslosigkeit sowie Schlafstörungen seinen Alltag dominieren und auf dem Boden von ausgeprägten sozialen Ängsten zu Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung sowie erheblichen Einschränkungen im Nachgehen von alltäglichen Aktivitäten und Tendenz zur sozialen Isolation führten (S. 5). Aufgrund chronischer Rückenschmerzen im Rahmen der Skoliose und Clusterkopfschmerzen habe sich eine Opiatabhängigkeit entwickelt, welche seit 2010 unter Methadon substi-

tuiert sei. Die Depression begünstige die Chronifizierung der Schmerzen durch eine Verstärkung der Schmerzwahrnehmung und Schonhaltung.

3.3.2 Im Gutachten der MEDAS vom 5. September 2019 (act. II 82.1) wurden (in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung) folgende Diagnosen gestellt (S. 6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Abhängigkeitssyndrom von multiplen Substanzen (ICD-10 F19.25)
- Soziale Phobie (ICD-10 F40.1; Status nach Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters [ICD-10 F93.2])
- Sonstige bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.8; drogeninduziert?)
- Leichte neuropsychologische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) multifaktorieller Genese

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches Wirbelsäulensyndrom bei einem Rundrücken und einer rechtskonventionen BWS-Skoliose bei bekanntem Morbus Scheuermann
- Fehlhaltung der Wirbelsäule mit einer muskulären Dysbalance
- Knick-Spreizfuss
- Übergewicht
- Medikamentöse Polypharmakologie (Neuroleptika, Opiate) mit Opiatabhängigkeit (Methadon)
- Bisher nicht bekannter Diabetes mellitus, wahrscheinlich Typ 2
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas Grad 1, Nikotinabusus, Diabetes mellitus, labiler Bluthochdruck, Bewegungsmangel
- Rezidivierende Atemnotattacken DD Panikattacken, möglicherweise auch chronische Bronchitis, ZB bei Nikotinabusus
- Hinweise für Fettleber, ausgeprägte Hypertriglyceridämie – beginnende nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) nicht auszuschliessen
- Vitamin-D-Mangel
- Latente Hypothyreose
- Mässige Leukozytose und Thrombozytose ohne sicher pathologische Bedeutung

Insgesamt werde die Fallhistorie weit vorrangig von psychiatrischen Störungen beherrscht (schwierige Aufwuchsbedingungen, Abhängigkeitssyndrom, affektive Störungen, ADS). Neurologische (früher schwere Cluster-Kopfschmerzen), internistische und orthopädische Gesundheitsstörungen hätten immer im Hintergrund gestanden (S. 4). Aus psychiatrischer Sicht scheine sich der Beschwerdeführer in den letzten Jahren trotz Kindheitstraumen und langfristiger Folgen in Form von Drogenabhängigkeit in seiner Persönlichkeit und psychischer Vulnerabilität eher stabilisiert zu haben. Unter den Voraussetzungen einer Abstinenz wären aufgrund der guten Ressourcen eine berufliche Ausbildung und eine berufliche Tätigkeit zumutbar. Dennoch bestehe gegenwärtig wegen der psychischen Störun-

gen und der Polytoxikomanie allenfalls Voraussetzungen für die Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz, um eine Tagesstrukturierung und eine bessere Stabilisierung zu erreichen, möglicherweise auf diesem Weg später auch eine Abstinenz. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers könne er planen, es fehle jedoch fast vollständig eine Tagesstruktur. Die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit seien reduziert, die Ausdauer sei gut. Zweifel an seinen fachlichen Kompetenzen bestünden nicht. Seine Entscheidkompetenz erscheine gegenwärtig eingeschränkt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Kontaktfähigkeit zu Dritten seien gut, es bestünden einzelne regelmässige soziale Kontakte. Der Beschwerdeführer (S. 6) sei auch bei der Besorgung des Haushaltes durchaus autark. Die Wege- und Verkehrsfähigkeit seien nicht massgeblich reduziert, allenfalls durch die phobischen Ängste vor Menschenmassen. Es müssten Leistungs- und Zeitdruck vermieden werden. In neuropsychologischer Hinsicht bearbeite der Beschwerdeführer konzentrativ anspruchsvollere Aufgaben etwas langsamer als Gleichaltrige. Aus orthopädischer Sicht sei er in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 20 kg, in temperierten Räumen, im Wechseln zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 20 kg ausserhalb des Körperlotes, ständige Überstreckungen der Halswirbelsäule und Tätigkeiten über Schulter- und Kopfhöhe. Er sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Internistischerseits bestehe allenfalls eine leichtgradige vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis zu einer befriedigenden Einstellung des Diabetes mellitus. Dieser Prozess dürfte innerhalb weniger Wochen durchzuführen sein. Wechselbelastende Tätigkeiten seien zu bevorzugen, mit der Möglichkeit für regelmässige Pausen für Blutzuckerkontrollen und eventuell für die Nahrungsaufnahme. Übermässiger Zeitdruck und Arbeitsstress seien zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht sollten wegen der Migränedisposition Arbeitstätigkeiten in reizdichter Umgebung, so auch hochstimulierte augenbelastende Arbeiten, vermieden werden (S. 7). Die Bewertung der Arbeitsfähigkeit werde ausschliesslich durch die psychiatrische, teilweise neuropsychologische Gesundheitsstörung bestimmt. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich gegenwärtig eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit an einem geschützten

Arbeitsplatz (Arbeitsfähigkeit 50 %, Leistung 50 %, Präsenzzeit 8.5 Stunden). Dies gelte auch retrospektiv ca. seit 2009 (S. 8).

In der Stellungnahme der MEDAS vom 20. Oktober 2020 (act. II 94) wurde ausgeführt, es sei keine Veränderung der objektiven somatischen Befunde im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. März 2007 eingetreten. Weder aus internistischer, neurologischer noch orthopädischer Sicht könnten somatische Einschränkungen definiert werden. Dies gelte retrospektiv über die angefragte Zeit ab 2007 und für die Antragstellung im Jahr 2018 (S. 2). Wie aus dem Verlauf und den Berichten diverser Psychiater und Kliniken hervorgehe, liege ein äusserst instabiler Zustand vor, der eine unmittelbare Rückführung in die Arbeitswelt nicht als realistisch erscheinen lasse. Die polyvalente Suchtproblematik bestehe nahezu unverändert weiter, der Beschwerdeführer habe sich sozial zurückgezogen (S. 4). Die scheinbare Stabilisierung, welche der Beschwerdeführer berichtete, scheine dem Rückzugsverhalten geschuldet zu sein. Dabei handle es sich jedoch objektiv um keine echte Stabilisierung, sondern um eine massive Verhaltensauffälligkeit (S. 5). Die Situation seit der Verfügung vom 20. März 2007 sei nicht wesentlich verändert, wenn die Vorgeschichte sowie der berufliche und persönliche Werdegang berücksichtigt würden. Dies gehe zum Teil aus der Aktenlage hervor, allerdings hätten zum Zeitpunkt der damaligen Behandlung noch Unklarheiten in der ersten Zeit der Therapie in Bezug auf die diagnostische Zuordnung und Ätiologie bestanden, die sich später immer mehr herauskristallisierten (S. 6). Die Beschwerden hätten jedoch bereits damals bestanden, auch wenn sie noch nicht gezielt und systematisch psychiatrisch hätten zugeordnet werden können. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits retrospektiv seit der Verfügung vom 20. März 2007 aber auch schon zuvor und bis heute über das gleiche Mass an Partizipationsmöglichkeiten verfüge. Auch damals sei aus aktueller Sicht die Arbeitsfähigkeit auf psychiatrischem Gebiet auf das heutige Mass reduziert gewesen (S. 7).

3.3.3 In der Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste K. _____ vom 15. Dezember 2020 (act. II 103 S. 2 f.) führten die Behandler aus, das psychische Zustandsbild habe sich seit 2009 verschlechtert und deutlich chronifiziert. Der psychiatrische Behandlungsbedarf habe sich nach 2009 we-

sentlich intensiviert. Es liege eine langjährige komplexe und stark chronifizierte psychische Erkrankung mit signifikantem Gesundheitsschaden vor, welche die Einschränkung der Alltagsfunktionen und die Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich verursachten. Die Methadonsubstitution sei als wesentlicher Bestandteil der gegenwärtig erreichten Stabilität anzusehen. Wenn der Beschwerdeführer eine Opiatabstinenz erreichen würde, sei eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit höchstens unter den absolut besten Umständen möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 2).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 4. September 2019 (act. II 82.1-6; samt Stellungnahme vom 20. Oktober 2020; act. II 94), bestehend aus einer interdisziplinären Beurteilung, einem neurologischen, allgemein-internistischen, psychiatrischen, neuropsychologischen sowie einem orthopädischen Teilgutachten, erfüllt in diagnostischer sowie befundmässiger Hinsicht die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und erbringt insoweit vollen Be-

weis (vgl. E. 3.4 hiervor). Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich ist auf das MEDAS-Gutachten inkl. deren ergänzende Stellungnahme abzustellen.

Die MEDAS-Experten führten nachvollziehbar aus, die Fallhistorie werde weit vorrangig von psychischen Störungen (schwierige Aufwuchsbedingungen, Abhängigkeitssyndrom, affektive Störungen, ADS) beherrscht und die neurologischen (früher schwere Clusterkopfschmerzen), internistischen und orthopädischen Gesundheitsstörungen seien immer im Hintergrund geblieben (act. II 82.1 S. 4) bzw. es sei keine Veränderung der objektiven somatischen Befunde im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. März 2007 eingetreten; weder aus internistischer, neurologischer noch orthopädischer Sicht könnten somatische Einschränkungen definiert werden, was retrospektiv ab 2007 bzw. 2018 gelte (act. II 94 S. 2 Ziff. 1). Dies korreliert mit den medizinischen Abklärungen im Rahmen der Verfügung vom 20. März 2007 (act. II 19), welche keine erheblichen somatischen Gesundheitsstörungen offenbarten, sondern überwiegend psychische Beschwerden (vgl. act. II 14 S. 1, 11-13, 16, act. II 17). Im Anschluss an die Verfügung vom 20. März 2007 (act. II 19) sind keine Behandlungen von somatischen Beschwerden ausgewiesen und anlässlich der MEDAS-Begutachtung konnten keine über das bisherige Mass hinausgehenden relevanten somatischen Beschwerden festgestellt werden (vgl. act. II 82.1 S. 5 f., act. II 82.2 S. 10-13, act. II 82.3 S. 17, 19 f., act. II 82.6 S. 12 f.). Sodann legte der psychiatrische Gutachter ebenfalls nachvollziehbar und überzeugend dar, dass die polyvalente Suchtproblematik nahezu unverändert weiterbestehe (act. II 94 S. 4) und die Situation seit der Verfügung vom 20. März 2007 nicht wesentlich verändert sei, wenn die Vorgeschichte sowie der berufliche und persönliche Werdegang des Beschwerdeführers berücksichtigt werde; es sei somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits retrospektiv seit der Verfügung vom 20. März 2007 aber auch schon zuvor und bis aktuell über das gleiche Mass an Partizipationsmöglichkeiten verfügte. Auch damals sei aus aktueller Sicht die Arbeitsfähigkeit auf psychiatrischen Gebiet auf das heutige Mass reduziert gewe-

sen (act. II 94 S. 6 f.). Unerheblich ist dabei, dass zum Zeitpunkt der damaligen Behandlung noch Unklarheiten in Bezug auf die diagnostische Zuordnung und Ätiologie bestanden haben (act. II 94 S. 6). Entscheidend ist, wie vom psychiatrischen Gutachter explizit festgehalten, dass die Beschwerden bereits damals bestanden haben, auch wenn sie noch nicht gezielt und systematisch haben zugeordnet werden können (act. II 94 S. 7).

An der gutachterlichen Einschätzung vermögen die vom Beschwerdeführer eingeholten Stellungnahmen der Psychiatrischen Dienste K. _____ vom 15. Dezember 2020 (act. II 103 S. 2 f) und 5. Februar 2021 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2) nichts zu ändern. Diesen Berichten lässt sich kein Hinweis entnehmen, dass sich der medizinische Sachverhalt seit 2007 wesentlich verändert hätte, insbesondere bedeutet die von den Behandlern darin erwähnte Chronifizierung (act. II 103 S. 2 und act. I 2 f. S. 4 Ziff. 3) nur (aber immerhin), dass der Zustand längere Zeit andauert, wobei sich allein dadurch keine Änderung ergibt; die Behandler geben denn auch nicht an, worin die Verschlechterung gegenüber 2007 bestehen sollte. Sie beschränkten sich, insbesondere in der Stellungnahme vom 5. Februar 2021 (act. I 2), darauf, die Beschwerden in diagnostischer sowie arbeits- und leistungsmässiger Hinsicht anders einzuordnen bzw. einzuschätzen als die MEDAS-Gutachter. Diese ebenfalls beschwerdeweise geltend gemachten Diskrepanzen (Beschwerde S. 2 Ziff. 3) stellen jedoch eine revisions- und neuanmeldungsrechtlich nicht massgebende andere Würdigung eines im wesentlichen gleichen Sachverhalts dar (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). Ausserdem kommt es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, wobei in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Entscheid des BGer vom 27. Mai 2021, 8C_121/2021,

E. 4.2.2). Die beiden Stellungnahmen der Psychiatrischen Dienste K._____ belegen keine anhand konkreter Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf hinreichend untermauerte tatsächliche Änderung und sprechen damit nicht gegen die überzeugend begründete Beurteilung bzw. Folgerung der Gutachter, dass keine Veränderung eingetreten ist.

Demnach ist eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit 2007 nicht erstellt; dies sowohl in psychiatrischer (act. II 94 S. 6 Ziff 5 f.) als auch in somatischer Hinsicht, welche Störungen – wegen des Vorranges der psychischen Störungen (act. II 82.1-4) – immer im Hintergrund standen und sich deshalb sachlogisch nicht wesentlich verändert haben können.

3.6 Des Weiteren stellt auch die mittlerweile geänderte Rechtsprechung zu den primären Abhängigkeitssyndromen (BGE 145 V 215), wonach auch bei einer Suchterkrankung die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen sind, keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund dar. Eine Wiedererwägung oder die Verwaltung zu einer Wiedererwägung zu verpflichten bleiben dem Verwaltungsgericht verwehrt (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Juni 2021, 9C_132/2020, E. 5.3 und 6 [zur Publikation vorgesehen]).

3.7 Schliesslich ist auch keine revisionsrechtlich relevante Änderung der erwerblichen Seite erkennbar; ein erwerblicher Revisionsgrund wird denn auch nicht geltend gemacht.

3.8 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2021 (act. II 104) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.