

200 21 393 IV
MAK/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. November 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. April 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war für die D. _____ AG, ..., tätig, als er am 7. August 2001 einen Arbeitsunfall erlitt. Im April 2002 meldete er sich erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Mit Verfügung vom 28. Juli 2004 (act. II 37) verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) den Anspruch auf eine Rente. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 41) mit Entscheid vom 30. Januar 2007 (act. II 50) fest. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 53) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 20. Juli 2007, VGE IV/67830 (act. II 60), ab. Das Bundesgericht (BGer) trat auf die Beschwerde (act. II 61) gegen dieses Urteil mit Entscheid vom 10. Oktober 2007, 9C_638/2007 (act. II 62), nicht ein.

Im Februar 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. II 67). Die IVB veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E. _____, ... (MEDAS; Gutachten vom 24. Oktober 2016; act. II 84.1), und verneinte – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 86) – mit Verfügung vom 13. Januar 2017 (act. II 91) wiederum einen Rentenanspruch. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Oktober 2019 meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (act. II 101), wobei die IVB – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 107) – auf diese Anmeldung mit Verfügung vom 3. Dezember 2019 (act. II 110) nicht eintrat. Die hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 111/2) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 1. Mai 2020, VGE IV/2020/64 (act. II 121), gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die IVB an, auf die Neuanmeldung einzutreten und den Rentenanspruch materiell zu prüfen. In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Erhebungen, insbesondere liess sie den Versi-

cherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 152) bidisziplinär begutachten (rheumatologisches Gutachten vom 12. Februar 2021; act. II 166.1; psychiatrisches Gutachten vom 18. Februar 2021; act. II 168; interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 18. Februar 2021; act. II 167.1). Mit Vorbescheid vom 3. März 2021 (act. II 169) stellte die IVB dem Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 10 % in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 172) verfügte sie am 29. April 2021 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 174).

C.

Mit Eingabe vom 27. Mai 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 29. April 2021 aufzuheben und die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei über den Rentenanspruch zu befinden. Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Eingabe vom 16. Juni 2021 reichte der Beschwerdeführer einen beschwerdeweise in Aussicht gestellten medizinischen Bericht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juli 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 29. April 2021 (act. II 174). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 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).

2.3 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.4 Gemäss aArt. 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. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.5 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

2.5.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des 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).

2.5.2 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 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 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).

2.5.4 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.6 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist – auf das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 1. Mai 2020 (VGE IV/2020/64; act. II 121) hin – auf die Neuanschuldung vom 4. Oktober 2019 (act. II 101) eingetreten. Zu prüfen ist, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 13. Januar 2017 (act. II 91) und der angefochtenen Verfügung vom 29. April 2021 (act. II 174) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 13. Januar 2017 (act. II 91) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem

MEDAS-Gutachten vom 24. Oktober 2016 (act. II 84.1). Darin stellten die Experten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3), einen Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1) und eine periphere vestibuläre Funktionsstörung (ICD-10 H81.3). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Experten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein beginnendes metabolisches Syndrom, einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) und einen Status nach *Helicobacter pylori*-positiver Gastritis (ICD-10 K29.7; act. II 84.1/33 f. Ziff. 5.1 f.).

Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestünden leichtgradige auditive Schwierigkeiten im Rahmen von Gesprächen unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel. Der Tinnitus könne zurzeit als mittelgradig kompensiert bezeichnet werden. Bezüglich der vestibulären Funktion hätten sich Befunde einer peripheren vestibulären Funktionsstörung mit pathologischen Rechtsnystagmen, aber praktisch symmetrisch kalorischer Erregbarkeit beidseits, gezeigt. Es bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, indem Arbeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellen, unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel und sturzgefährdende Tätigkeiten nicht geeignet seien. Unter Berücksichtigung des Tinnitus und der Begleitsymptomatik bestehe eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 %. Eine angepasste Tätigkeit sei somit aus rein otorhinolaryngologischer Sicht zu 90 % zumutbar.

Aus psychiatrischer Sicht habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden können. Weitere psychiatrische Diagnosen hätten nicht gestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus rheumatologischer Sicht hätten bei der Untersuchung multiple Inkonsistenzen bestanden und vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen als Hinweis für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte. Es bestünden keine organischen Korrelate, welche die angegebene ausgeprägte Symptomatik erklären würden. Für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit ebenso wie für andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 84.1/34 Ziff. 6.2). Lediglich körperlich regelmässig

schwer belastende berufliche Tätigkeiten seien, bedingt durch die muskuläre Dekonditionierung, eher ungeeignet.

Aus neurologischer Sicht hätten in den MRI-Untersuchungen der HWS und des Kopfes keine posttraumatischen Veränderungen oder anderweitige Befunde nachgewiesen werden können, welche die Beschwerden erklären würden. Bei der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über eine streng rechtsseitig begrenzte chronische Schmerzsymptomatik geklagt und es habe ein Taubheitsgefühl und eine Kraftlosigkeit über der ganzen rechten Körperseite bestanden. Bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine hochgradige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit demonstriert. Radikuläre Schmerzausstrahlungen seien nicht beschrieben worden und bei der klinischen Untersuchung habe sich kein Anhaltspunkt für ein radikuläres Reiz- bzw. sensomotorisches Ausfallsyndrom ergeben. Es fänden sich keine objektivierbaren Befunde, die die beschriebene rechtsseitige Hemisymptomatik erklären würden und im Verlauf der Untersuchung hätten Diskrepanzen bestanden. Aus neurologischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

Aus allgemeininternistischer Sicht lägen keine Befunde und Diagnosen vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten.

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die angestammte und eine andere körperlich leicht- bis mittelschwer belastende, angepasste Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % (act. II 84.1/35).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 29. April 2021 (act. II 174) stützt sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Dres. med. F._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Februar 2021 (act. II 167.1) inkl. deren Teilgutachten vom 12. und 18. Februar 2021 (act. II 166.1, 168.1). Die Gutachter nannten in der Gesamtbeurteilung als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die ORL-Diagnosen aus dem Gutachten der MEDAS vom 24. Oktober 2016 (act. II 84.1): eine leichtgradige Hochtonschallempfindungs-Schwerhörigkeit beidseits, einen Tinnitus beidseits und eine periphe-

re vestibuläre Funktionsstörung. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie ein chronisches nicht organisches Halbseiten-Schmerzsyndrom rechts, einen Diabetes mellitus Typ II, einen Nikotinabusus und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; act. II 167.1/6 f.). Aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Im Vorgutachten sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der ORL-Befunde von 10 % attestiert worden. Somit bestehe in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (act. II 167.1/9).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. Februar 2021 (act. II 166.1) führte Dr. med. F. _____ aus, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe sich aufgrund der Somatik gegenüber der letzten Begutachtung nicht verändert, gemäss damaliger ORL-Beurteilung hätten die Einschränkungen aus dem Fachgebiet ORL seit mindestens August 2016 Gültigkeit (act. II 166.1/54). Es bestünden multiple Druckdolenzen zervikal, vor allem im Supraspinatus-Gebiet, rechtsthorakal den ganzen Rumpf umfassend, rechtsseitig die Beckenregion, etwas weniger am rechten Arm und rechten Bein ohne Betonung speziell einzelner Strukturen. Diese Druckdolenzen seien im Sinne myofaszialer Befunde zu sehen. Auffallend sei aber auch, dass keine eigentlichen Verspannungen bestünden, sondern einfach Druckdolenzen, welche als schmerzhaft angegeben würden. Eine radikuläre Problematik sei nicht zu erkennen, am rechten Arm sei zwar die Kraft diffus in allen getesteten Bewegungen herabgesetzt und es bestehe eine Hyposensibilität, diese bestehe aber nicht nur im rechten Arm, sondern auf der ganzen rechten Körperseite unter Einschluss des Gesichtes, was also funktionell sei, da Gesicht und Rumpf von anderen Nerven innerviert würden. Diese Halbseitenschmerzsymptomatik sei im Rahmen einer funktionellen Problematik, d.h. im Rahmen der Schmerzen zu sehen. Sie entspreche also nicht einer organischen Hemisymptomatik. Die Reflexe seien seitengleich normal. Auch die Muskulatur zeige bei mittlerweile 20jährigem Schmerzsyndrom keine Atrophie im Bereich der Arme oder Beine. An den Beinen finde sich das gleiche Bild mit diffuser Hyposensibilität. Die Reflexe zeigten im PSR-Bereich (Patellarsehnenreflex) eine normale Auslösbarkeit, die ASR (Achillessehnenreflexe) seien beidseits etwas abgeschwächt,

durchaus möglich im Rahmen einer möglich beginnenden Polyneuropathie bei Diabetes mellitus, dies zusammen mit der etwas abgeschwächten Vibrationsempfindung an den Beinen gegenüber den Armen (act. II 166.1/57). Der periphere Gelenkstatus sei unauffällig, was bedeute, dass dieser keine funktionellen Einschränkungen zeige. Der Beschwerdeführer gebe jedoch bei jeglichen Bewegungsprüfungen auf der rechten Seite Schmerzen, d.h. bei jedem Gelenk endphasig Schmerzen an (act. II 166.1/58). All die im Gutachten der MEDAS festgestellten Diskrepanzen liessen sich aktuell auch nachweisen. In Bezug auf die Befunde der körperlichen Untersuchung differierten die aktuellen Befund nicht von der damaligen Untersuchung. Der Beschwerdeführer präsentiere sich in ähnlicher Art und Weise. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die damalige als korrekt zu erachten, aktuell sei nicht zu einer anderen zu kommen (act. II 166.1/65).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Februar 2021 (act. II 168.1) führte Dr. med. G. _____ aus, das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Er sei enttäuscht, dass er keine Rente bekomme. Es bestünden auch finanzielle Schwierigkeiten. Er leide darunter, dass seine in ... lebende Familie nicht in die Schweiz habe einreisen können. All dies könne zur psychischen Überlagerung führen. Der Beschwerdeführer lebe alleine und führe den Haushalt weitgehend selbständig. Er unternehme Spaziergänge, treffe sich regelmässig mit Kollegen und werde von den Kollegen und seinem Bruder auch zum Essen eingeladen. Dreimal im Jahr besuche er seine in ... lebende Familie, mit der er eine gute Beziehung habe. Der Beschwerdeführer sei im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt, sodass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne, es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Gelegentlich leide er unter leichten depressiven Verstimmungen. Er beklage auch angstbesetzte Träume, die mit dem Unfall in Zusammenhang stünden. Diese leicht erhöhte Ängstlichkeit und die leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren)

einzuordnen. Eine eigenständige depressive Erkrankung oder eine Angst-erkrankung lägen nicht vor (act. II 168.1/37). Ausser der chronischen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (act. II 168.1/40). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Verfügung vom 13. Januar 2017 nicht wesentlich verändert (act. II 168.1/42).

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 aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.5 Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 18. Februar 2021 (act. II 167.1) sowie deren Teilgutachten vom 12. und 18. Februar 2021 (act. II 166.1, 168.1) erfüllen die vorerwähnten Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsexterne medizinische Expertise und erbringen den vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiervoor). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten – insbesondere auch dem Gutachten der MEDAS

vom 24. Oktober 2016 (act. II 84.1) – sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten in die interdisziplinäre Beurteilung ein. Demnach besteht in der angestammten und in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit aus rheumatologisch-psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, hingegen aufgrund der otorhinolaryngologischen Befunde gemäss dem Vorgutachten (weiterhin) eine Einschränkung von 10 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (act. II 167.1/8 f., 166.1/52 ff., 168.1/40 ff.).

3.5.1 In somatischer Hinsicht kam Dr. med. F._____ zum Schluss, dass die aktuellen körperlichen Untersuchungsbefunde nicht von den damaligen bei der MEDAS differierten, der Beschwerdeführer sich in einer ähnlichen Art und Weise präsentiere und aktuell nicht zu einer anderen Einschätzung (als der damaligen) zu kommen sei, mithin keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands eingetreten sei (act. II 166.1/65). Dies überzeugt: Wie bereits bei der Begutachtung durch die MEDAS im Jahr 2016 (vgl. (act. II 84.1/22 unten) konstatierte Dr. med. F._____ – nach nunmehr mittlerweile 20jährigem Verlauf – ebenfalls keinerlei Atrophien in der rechten Körperhälfte (act. II 166.1/50 Ziff. 7.1) bzw. keine Schonungszeichen der Muskulatur (act. II 166.1/51 Ziff. 7.) und er wies ausdrücklich darauf hin, dass dies für den regelmässigen Einsatz dieser Muskulatur spreche (act. II 166.1/50 Ziff. 7.1). Ein organisches Korrelat, auf welches die strenge rechtsseitige Halbseitenschmerzsymptomatik zurückgeführt werden könnte, konnte er nicht feststellen (act. II 166.1/54 Ziff. 8.3). Einleuchtend legte er dar, dass nicht eine organische bzw. radikuläre, sondern eine funktionelle Problematik vorliegt; die Hyposensibilität bestehe auf der ganzen rechten Körperseite unter Einschluss des Gesichtes, wobei Gesicht und Rumpf gerade von anderen Nerven innerviert würden (act. II 166.1/57). Die anlässlich der aktuellen Begutachtung veranlassten bildgebenden Abklärungen zeigten ebenfalls keine relevanten Veränderungen, einzig (altersentsprechende) degenerative Befunde (vgl. act. II 166.1/48). Des Weiteren stellte Dr. med. F._____, wie auch schon die Vorgutachter

(act. II 84.1/23 oben), einen unauffälligen peripheren Gelenkstatus fest (act. II 166.1/58). Ein complex regional pain syndrome (CRPS) schloss er unter Berücksichtigung der Budapest-Kriterien ebenfalls nachvollziehbar aus (act. II 166.1/54 Ziff. 8.3). Was schliesslich die ORL-Beschwerden anbelangt, ist seit der MEDAS-Begutachtung keine fachspezifische Behandlung aktenkundig; eine in diesem Zusammenhang stehende Veränderung der bisherigen Einschränkungen ist nicht erkennbar und wird denn auch nicht geltend gemacht.

Unter diesen Umständen ist aus somatischer Sicht erstellt, dass seit Erlass der Verfügung vom 13. Januar 2017 (act. II 91) keine wesentliche Veränderung ausgewiesen ist.

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht legte der Gutachter Dr. med. G. _____ gestützt auf die Akten und die anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunde nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer einzig an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) leidet (act. II 168.1/37 Ziff. 6), welche die Arbeitsfähigkeit (weiterhin) nicht beeinträchtigt, und sich der psychische Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung vom 13. Januar 2017 nicht wesentlich verändert haben (act. II 168.1/38 ff. Ziff. 7.f.). Im Rahmen der diagnostischen Herleitung zeigte Dr. med. G. _____ u.a. überzeugend auf, dass weder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung – wobei der Beschwerdeführer im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt sei –, noch eine eigenständige depressive Erkrankung oder eine Angsterkrankung vorliege, sondern vielmehr die Ängstlichkeit (vorgebrachte angstbesetzte Träume im Zusammenhang mit dem Unfall) und die depressiven Verstimmungen im Rahmen der Schmerzstörung und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzuordnen seien. Die gutachterliche Beurteilung steht auch in Einklang mit den persönlichen Fähigkeiten und sozialen Aktivitäten des Beschwerdeführers. Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass eine vollständige Selbständigkeit besteht. So führt der Beschwerdeführer selbständig den Haushalt, kocht regelmässig (in der Regel einmal pro Tag), erledigt die Einkäufe und macht regelmässig Spaziergänge bis zu 30 Minuten. Unerheblich ist, dass er lediglich in einer 1-Zimmerwohnung lebt. Er wird gelegentlich von sei-

nem in der Nähe wohnenden Bruder oder von einem seiner Kollegen abgeholt bzw. zum Essen eingeladen. Laut seinen weiteren Angaben unternimmt er mit seinen Kollegen auch Spaziergänge und geht mit ihnen gelegentlich ein Dreimal jährlich reist er für jeweils drei Wochen in seine Heimat, um seine Familie zu besuchen (act. II 168.1/33-35 und 40). Insgesamt präsentierte sich der psychiatrische Befund anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. G. _____ (act. II 168.1/36 Ziff. 4.3) im Wesentlichen unverändert zu demjenigen der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2016 (act. II 84.1/14 Ziff. 4.1.2).

Die Stellungnahme des behandelnden Arztes, med. pract. H. _____, vom 12. Juni 2021 (act. I 3) vermag das Gutachten bzw. die psychiatrische Beurteilung nicht zu entkräften und es kann auch nicht auf ihn abgestellt werden. Denn zunächst bezieht sich die von med. pract. H. _____ im Briefkopf sowie bei der Unterschrift seiner Stellungnahme (wie auch in seinen bisherigen Briefen; vgl. act. II 168.3, 172) verwendete Bezeichnung "Psychiatrie Psychotherapie" gemäss FMH-Index (<www.doctorfmh.ch>) lediglich auf ein Fortbildungsdiplom/-Bestätigung (2020-2022), während er laut Medizinalberuferegister (<www.medregom.admin.ch>) nicht über einen Facharztstitel verfügt. Dieses Fehlen einer einschlägigen Facharztqualifikation stellt ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit und damit den Beweiswert seines Berichtes dar (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Es kann nicht von einem fachärztlich festgestellten medizinischen Substrat als Grundlage für die Invalidität gesprochen werden (Entscheid des BGer vom 29. August 2019, 8C_247/2019, E. 6.1), weshalb auf ihn nicht entscheidungswesentlich abgestellt werden kann. Weiter kann praxisgemäss eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2), worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 7).

Sodann vermag die besagte Stellungnahme auch inhaltlich keine Zweifel an der schlüssigen gutachterlich-psychiatrischen Beurteilung zu begründen. Es werden darin keine neuen relevanten Befunde aufgeführt und kei-

ne wichtigen Aspekte benannt, die in der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 6) setzte sich Dr. med. G. _____ mit den divergierenden Einschätzungen des behandelnden med. pract. H. _____ überzeugend auseinander. So führte er einleuchtend aus, dass eine post-traumatische Belastungsstörung (PTBS) sicherlich nicht gestellt werden könne, da der Beschwerdeführer keinen schweren Unfall erlitten habe; er sei beim Unfall nicht vom Tod bedroht worden, sei von einem Kollegen nach dem Unfall ins Spital gebracht und nach kurzer Abklärung entlassen worden. Er leide auch nicht unter Flashbacks und die beschriebene leicht erhöhte Ängstlichkeit (gelegentliche angstbesetzte Träume) bestehe noch nicht lange, diese Symptomatik stehe mithin in einem langen zeitlichen Abstand zum "auslösenden Ereignis vom 7. August 2001" (act. II 168.1/39 Ziff. 7.3.3). Diese Einschätzung korreliert denn auch mit der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Eine PTBS gemäss ICD-10 F43.1 (auch in der 2022 geltenden Fassung) setzt voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f.). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine "Traumatisierung" auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den "traumatischen Ereignissen" beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (BGer

9C_228/2013, E. 4.1.3). Im Übrigen wurde eine entsprechende Störung bis anhin weder im Gutachten vom Januar 2004 (act. II 28/6) noch in demjenigen vom 24. Oktober 2016 (act. II 84.1/15 und 33) gestellt.

Ebenso einleuchtend führte Dr. med. G._____ aus, dass keine wahnhafte Störung diagnostiziert werden kann. Der Beschwerdeführer zeige zwar ein gewisses Misstrauen gegenüber den Ärzten, von denen er sich nicht anerkannt fühle, er fühle sich jedoch nicht verfolgt, könne sich in der Öffentlichkeit frei bewegen, habe keine Ängste, überwacht oder verfolgt zu werden (act. II 168.1/40; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 141 ff.). Dies findet auch Rückhalt in den Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesablauf (act. II 168.1/34 f. Ziff. 3.2.11). Der vom behandelnden Arzt erwähnte Wahn, krank zu sein (act. I 3/1), steht offensichtlich im Zusammenhang mit der Schmerzstörung, so dass auch insoweit die Einschätzung des Gutachters nicht erschüttert wird. Die Ausführungen des behandelnden Arztes begründen denn auch keine auch nur geringen Zweifel an den gutachterlich-psychiatrischen Schlüssen.

3.6 Nach dem Dargelegten bilden die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Dres. med. F._____ und G._____ vom 18. Februar 2021 (act. II 167.1) und deren Teilgutachten vom 12. und 18. Februar 2021 (act. II 166.1, 168.1) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhaltes. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2022, 8C_134/2022, E. 5.1). Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb für weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere die beantragte psychiatrische Abklärung (Beschwerde S. 2 Ziff. I/1), kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.7 Zusammenfassend liegt im hier zu beurteilenden Zeitraum weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine relevante Veränderung des

Gesundheitszustands im Sinne eines Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrunds vor (vgl. E. 2.5.2 hiervor). In erwerblicher Hinsicht ist ebenfalls kein Revisionsgrund erstellt. Mangels eines Revisionsgrundes verbietet sich eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades, womit die angefochtene Verfügung vom 29. April 2021 (act. II 174) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

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 – vorbehaltlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.3 hiernach) – zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Prozessarmut des Beschwerdeführers ist ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 3). Da das Verfahren zudem nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten erfüllt. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheis-

sen. Der Beschwerdeführer ist somit, unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272), von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird betreffend die Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, lic. iur. C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.

