

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 225 vom 31. Juli 2018

BE Verwaltungsgericht, 2018-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2018_225

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 225 du 31 juillet 2018

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2018 225 del 31 luglio 2018

Regeste

Verfügung vom 12. Februar 2018

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. Februar 2018 (act. IIA 201). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit der Beschwerdeführer auch (nicht näher bezeichnete) „Eingliederungshilfen“ beantragt (vgl. Beschwerde, S. 8), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Mit Urteil vom 21. November 2014 (VGE IV/2014/487 [act. II 98]) hat sich das angerufene Gericht zum Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen abschliessend geäussert (S. 16 f., E. 5) und mit Mitteilung vom 31. März 2015 (act. IIA 119) hat die Beschwerdegegnerin ein erneutes Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abermals abgewiesen, weil solche aus Sicht des Beschwerdeführers „keinen Sinn machen“. Folglich hat die Beschwerdegegnerin bei diesbezüglich unveränderten Verhältnissen – der Beschwerdeführer traut sich eine berufliche Wiedereingliederung in keiner Weise zu (vgl. act. IIA 165.6 S. 5) – über allfällige Eingliederungsmassnahmen weder verfügt noch hatte sie darüber zu verfügen. Soweit es sich dabei nicht um eine abgeurteilte Sache handelt, fehlt es insoweit an einem Anfechtungsobjekt.

E. 1.3

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

E. 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).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 7 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). 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (vgl. E. 2.1 vorne) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 2.3.1 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). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 8 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung 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).

2.3.3 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuansmelungsverfahren – 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).

2.3.4 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 ausschlag-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 9 gebenden 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2). 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). 3. 3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2016 (act. IIA 122 f.) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die mit VGE IV/2014/487 vom 21. November 2014 (act. II 98) im Ergebnis bestätigte Verfügung vom 7. April 2014 (act. II 71) – mit der ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 22% verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 (vgl. E. 2.3.3 vorne). 3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 7. April 2014 stützte sich die Beschwerdegegnerin namentlich auf das (gemäss VGE IV/2014/487, E. 3.5, voll beweiskräftige [act. II 98 S. 11]) bidisziplinäre neurochirurgisch- psychiatrische Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 15. April bzw. 11. Juli 2013 (act. II 50.2; 53.1 f.) sowie auf den (ebenso als beweiswertig beurteilten [VGE IV/2014/487, E. 3.5; act. II 98 S. 12]) Bericht der RAD-Ärztin med. pract. E. _____ vom 30. September 2013 (act. II 55 S. 2 f.), ab. 3.2.1 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ stellten interdisziplinär die folgenden Diagnosen (act. II 53.2 S. 1):

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 10
Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom rechts mit/bei • LWS-Fehlform/-haltung • degenerativen LWS-Veränderungen (beginnende Spondylosis deformans, beginnende Fazettengelenksarthrosen L3 – S1, Chondrose der unteren LWS, epidurale Lipomatose L4 - S1, kleine mediane DH L4/5 ohne Neurokompression, flache mediane Diskusprotrusion L5/S1 ohne Neurokompression) • St. n. DH-OP (Mikrodiskektomie) L3/4 rechts 10/1995, 02/1996, 12/1996 Seitens des Fachgebietes Psychiatrie bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Dekonditionierung 1997 vordiagnostizierte „leichte psychische Störung“ ohne Zuordnung zur ICD-10, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht als krankheitswertige psychische Störung nachvollziehbar In der Beurteilung hielten die Dres. med. C. _____ und D. _____ fest, aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf Grund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen als qualitativ und quantitativ beeinträchtigt zu beurteilen. Ihm seien körperlich leichte bis körperlich mittelschwere – der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 50% begrenzt –, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender, 10% bis maximal 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 2). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (S. 3). 3.2.2 Die RAD-Ärztin med. pract. E. _____ hielt im Bericht vom 30. September

2013 (act. II 55 S. 2 f.) unter Bezugnahme auf die letzte Koronarographie vom 21. April 2010 (vgl. act. II 40), welche eine normale systolische „LV-Funktion seit 10/09“ (Funktion des linken Ventrikels) ergeben habe (vgl. S. 2), fest, unter Berücksichtigung des neurochirurgischen Gutachtens und der kardialen Situation sei dem Beschwerdeführer eine leichte abwechselnde Tätigkeit bzw. eine überwiegend sitzende Tätigkeit (Anteil sitzend 50%, restl. Zeit stehend/gehend) ganztags mit einer 10 bis max. 20%igen Leistungsreduktion unter Einhaltung der Rückenergonomie zumutbar (S. 3).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 11
3.3 Mit Bezug auf den Zeitraum zwischen der Verfügung vom 7. April 2014 und der hier angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.3.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 6. Juli 2015 (act. IIA 128 S. 4-9) ein chronisches LWS-Syndrom bei FBSS (failed back surgery syndrome) mit Hinweisen für eine starke muskuläre Komponente, eine Störung der Facetten L4/5, L5/S1 rechts und Irritation der Radix L5 rechts, ein HWS-Syndrom mit Irritation der Facetten C1/2 und C5-C7 rechts mit pseudoradikulärer Symptomatik im Schulterbereich rechts sowie ein „chronisches höchstchronifiziertes“ Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain (S. 4). In der Beurteilung hielt er fest, es zeige sich ein „äusserst chronifiziertes Krankheitsbild“ (S. 8). 3.3.2 Vom bis Februar 2016 erfolgte eine Hospitalisation im Spital H. _____ (nachfolgend Spital H. _____). Im entsprechenden Bericht vom 9. Februar 2016 (act. IIA 128 S. 15-17) wurde im Wesentlichen eine (seit 2004 bestehende) koronare Dreifässerkrankung diagnostiziert (S. 15). In der durchgeführten Herzkatheteruntersuchung habe sich bei vorbekannter koronarer Herzerkrankung eine Progression der Erkrankung gezeigt mit aktuell hochgradiger de novo Stenose des 2. MA (Marginalastes), sowie einer hochgradigen In-Stent Restenose des proximalen RIVA (Ramus interventricularis anterior [Ast der linken Koronararterie]). Beide Läsionen hätten mittels Dilatation und Implantation von je einem medikamentenbeschichteten Stent mit gutem Resultat behandelt werden können. Neben diesem Befund habe sich zudem eine signifikante In-Stent Restenose im vertikalen Segment der RCA (rechte Koronararterie) gestellt. Diese sei aktuell bewusst belassen worden und werde in vier Wochen interventionell angegangen werden. Die systolische LV-Funktion sei mit einer EF (Ejektionsfraktion) von 65% normal. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Punktionsstelle radial rechts sei bei Austritt indolent und ohne relevantes Hämatom gewesen. Das postinterventionelle EKG (Elektrokardiogramm) sei unverändert zum Vorbefund und die kardialen Biomarker hätten keinen signifikanten Anstieg gezeigt.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 12
Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 16 f.). Am ... 2016 erfolgte eine weitere Hospitalisation im Spital H. _____. Im gleichentags verfassten Bericht (act. IIA 130 S. 3-5) wurde festgehalten, die Koronarangiographie vom ... 2016 zeige eine Dreifässerkrankung mit gutem Resultat nach PCI (perkutaner koronarer Intervention) der proximalen RIVA mit persistenter Malapposition aufgrund eines Aneurysmas im Stentbereich. Wie geplant, werde die 60%ige In-Stent-Restenose im Bereich der proximalen RCA sowie eine 60%ige Stentausgangsstenose im Bereich der mittleren RCA erfolgreich behandelt. Es habe sich ein komplikationsloser postinterventioneller Verlauf gezeigt. Das EKG sei unverändert zum

Vorbefund gewesen und die kardialen Biomarker hätten keinen relevanten Anstieg gezeigt. Der Beschwerdeführer habe beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 4 f.).

3.3.3 Vom bis 2016 war der Beschwerdeführer in der Klinik I. _____ (Psychosomatische Medizin) hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 23. Mai 2016 (act. IIA 132 S. 6-9) wurde u.a. eine mittelgradige depressive Episode sowie ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch Tendenz zum Widespread Pain (ICD-10 F45.41) bei deutlicher Störung multipler kognitiver Funktionen im Rahmen der chronischen Schmerzverarbeitungsstörung, diagnostiziert (S. 6). Der Beschwerdeführer habe sehr vom stationären Klinikaufenthalt profitiert und er sei psychisch deutlich stabilisiert und erholt entlassen worden (S. 8).

3.3.4 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 21. Mai 2016 (act. IIA 132 S. 2-5) eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.10), ängstlich gefärbt, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). In der Gesamtschau zeige sich ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen der Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ...

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 13 postuliert werden. Zudem bestehe eine mindestens 60%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten (S. 4). Mit zu Händen der Beschwerdegegnerin erstelltem Bericht vom 12. August 2016 (act. IIA 150) hielt Dr. med. J. _____ fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit Juni 2015 in seiner ambulanten Behandlung. Die Sitzungsfrequenz finde dreiwöchentlich bis monatlich statt. Von Anfang an habe ein wechselhafter Verlauf mit aber in der Gesamtschau Verschlechterung des psychischen Zustandes beobachtet werden können. Seit dem Austritt aus der Klinik I. _____ hätten diverse Beschwerden bestanden. Die Antriebsarmut und die Konzentrationsstörungen führten zu schweren Beeinträchtigungen im Durchhaltevermögen und in den Gedächtnisfunktionen (S. 2). Zudem würden als sehr beeinträchtigend wirkende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine beklagt, die Beschwerden seien aber fluktuierend und nicht konstant. Die Herzbeschwerden bei Status nach Myokardinfarkt (2004) zeigten auf den psychischen Zustand negative Auswirkungen mit Befindlichkeitsverschlechterung (S. 3).

3.3.5 Im polydisziplinären, orthopädisch/traumatologische, psychiatrische, internistische, neurologische und kardiologische Abklärung umfassenden MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 165.1 S. 16 f.): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1), DD Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, leicht - bis knapp mittelgradig (F43.2) 2. Schwere komplexe koronare Dreifässerkrankung - Status nach STEMI (ST-Hebungsinfarkt = Myokardinfarkt) Vorderwand (anterior) 09/2004 (Erstmanifestation) - Status nach STEMI vom 27. Oktober 2009 - Status nach vielfachen Koronarinterventionen - Positive Myokardperfusionsszintigraphie am 26. Januar 2016 und nachfolgend Koronarangiographie vom 8. Februar 2016 mit hochgradiger In-Stent-Restenose bei Status nach Stenting (Cypher-Stent 2004) PTCA (Perkutane transluminale Koronarangioplastie) und Implantation eines beschichteten Stents im Bereich des Hauptstammes / proximalen RIVAS, mit Fenestration der RCX; - ausserdem hochgradige Stenose des 2. Marginalastes,

hier ebenfalls PTCA und Stentimplantation - ausserdem hochgradige In-Stent-Re-Stenose bei Zustand nach PCI aus den Jahren 2009 und 2010 der rechten Kranzarterie bei Rechtsdomi-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 14 nanz (diese wurde zeitversetzt um 4 Wochen zu einem späteren Zeitpunkt angegangen) - 10. März 2016 letzte Koronarangiographie mit gutem Resultat nach Implantation der Stents im Bereich des proximalen RIVAS und des 2. Marginalastes. Versorgung der signifikanten In-Stent-Re-Stenose der RCA ebenfalls mit einem beschichteten Stent 3. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule - St. n. dreimaliger Operation L3/4 - Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule - Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, insbesondere der unteren Lendenwirbelsäulensegmente Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Arterielle Hypertonie 2. Schwerhörigkeit links bei chronischer Otitis media (ED 1993), rezidivierenden perforierenden Otitiden und Zustand nach Tympanoossikuloplastik links 2013 3. Refluxösophagitis 4. Hyperlipidämie (akutenanamnestisch) 5. Unklare Mikro- und Markohämaturie (ED 05/2016) 6. Adipositas Grad I (BMI 30.0 kg/m²) 7. Sensibles radikuläres Syndrom S1 rechts, abortiv sehr distal auch L5, am ehesten residuell 8. Chronisch unbeeinflussbarer Schmerz (R52.1) 9. Somatoforme autonome Funktionsstörung, das Herz betreffend (F45.30) 10. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: - arterielle Hypertonie - Adipositas, BMI 30 - Dyslipidämie - persistierender Nikotinabusus, aktuell 15 Zigaretten/Tag seit 30 Jahren In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, auf orthopädisch/traumatologischem Fachgebiet würden hauptsächlich Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Brust-, beziehungsweise Halswirbelsäule angegeben. Insgesamt seien die Beschwerden an sich nicht konsistent gewesen und hätten nicht in Gänze nachvollzogen und objektiviert werden können. Aufgrund der Vorgeschichte der LWS und den stattgefundenen dreimaligen Operationen sei eine rezidivierende Schmerzsymptomatik natürlich verständlich. Eine zu objektivierende Funktionseinschränkung der

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 15 Wirbelsäule beziehungsweise beider Beine sei jedoch nicht vorhanden gewesen (S. 17). Aus psychiatrischer Sicht sei es am wahrscheinlichsten, dass die lange Schmerzsymptomatik in Verbindung mit der Erwerbsuntätigkeit seit über 20 Jahren sukzessive auch zu einer Verschlechterung der psychischen Situation geführt habe und seit der Streichung der IV-Rente im Jahre 2013 auch zur Verschlechterung der psychosozialen Situation, die nun in der geklagten depressiven Symptomatik ihren Ausdruck finde. Es sei aus psychiatrischer Sicht so, dass sowohl die Schmerzsymptomatik, wie auch die depressive Störung und auch die schlechte soziale Situation sich gegenseitig negativ beeinflussten und bedingen. Die depressive Symptomatik sei am ehesten reaktiv und als leicht- bis mittelgradig einzustufen (S. 17 f.). Auf allgemeininternistischem Gebiet sei die arterielle Hypertonie erwähnenswert. Kardiopulmonale Dekompensationszeichen fänden sich jedoch nicht, so dass aus allgemeininternistischer Sicht (ohne Berücksichtigung der im kardiologischen Gutachten beurteilten Koronaropathie) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 18). Von Seiten der Kardiologie sei eine schwere, komplexe koronare Dreigefässerkrankung mit Status nach vielfachen Koronarinterventionen und stets wieder progredienter Symptomatik gefunden worden. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer relativ beschwerdefrei und relativ gut belastbar. Insgesamt sei kardiologisch von einem schönen Ergebnis nach den beiden letzten Koronarinterventionen

vom Februar 2016 mit der Behandlung des proximalen RIVAs und des zweiten Marginalastes sowie vom März 2016 mit Behandlung der rechten Kranzarterie auszugehen (S. 18). Neurologischerseits beständen keine schwerwiegenden Ausfälle. Die vom Beschwerdeführer als exzessiv beschriebenen Schmerzen könnten von neurologischer Seite her nicht nachvollzogen werden. Auch das zeitweise angegebene Brennen an den Füßen entspreche bei sehr gut auslösbaren Reflexen und nicht sockenförmig verteilten sensiblen Störungen keiner sicheren Polyneuropathie (S. 18). Hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils hielten die Gutachter im polydisziplinären Konsens fest, dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 16 gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich. Die Tätigkeiten sollten wechselweise im Gehen, Stehen und Sitzen stattfinden, mit der Möglichkeit der selbstgewählten Positionswechsel, jedoch überwiegend sitzenden Anteilen. Keine Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck, wie zum Beispiel Akkord- oder Fließbandarbeit. Gegen Tätigkeiten mit Wechselschicht beständen keine Bedenken. Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, Knien oder häufigen Zwangshaltungen verbunden seien sowie Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern seien nicht zumutbar. Die Gebrauchsfähigkeit der Hände sei nicht beeinträchtigt. Zusätzliche betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Aus psychiatrischer Sicht seien nur geringe Einschränkungen zu erkennen für eine leichte Hilfs- oder Anlernstätigkeit. Bei einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung seien erheblicher Zeitdruck sowie besondere Anforderungen an Flexibilität und Konzentrationsfähigkeit nicht zuzumuten. Im polydisziplinären Konsens sei somit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgehoben, in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Unter korrekt eingenommener und optimierter psychopharmakologischer Therapie sollte medizinischtheoretisch innert sechs Monaten in leidensadaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% zu erreichen sein (S. 19). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte aus orthopädisch/traumatologischer Sicht seit 1999 und aus psychiatrischer Sicht seit Aufnahme der Behandlung bei Dr. med. J. _____ im Juni 2015 (S. 20). Kardiologischerseits bestehe keine dauernde und richtungsweisende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S. 21).

3.3.6 Vom bis Mai 2017 war der Beschwerdeführer im Spital H. _____ aufgrund einer dringlichen elektiven Re-Koronographie bei aktuell progredienter Angina pectoris hospitalisiert. Im Bericht vom 12. Mai 2017 (act. IIA 180 S. 3-5) wurde festgehalten, in der Herzkatheteruntersuchung sei eine langstreckige Stenosierung des 1. Marginalastes festgestellt worden, die mittels Stentimplantation behandelt worden sei. Zudem sei noch eine Ballondilatation bei ostaler LCX-(Herzkranzgefäss-)Stenose erfolgt. Postinterventionell habe sich ein komplikationsloser Verlauf gezeigt. Die Punktionsstelle radial rechts sei bei Austritt indolent gewesen, ohne

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 17 relevantes Hämatom und es habe kein neues Strömungsgeräusch auskultiert werden können. Das postinterventionelle EKG sei unverändert zum Vorbefund gewesen und die kardialen Biomarker hätten keinen relevanten Anstieg gezeigt. Der Beschwerdeführer habe am Folgetag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 4). 3.3.7 Im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 3. Juli 2017 (act. IIA 182 S. 2-5) hielt Dr. med. J. _____ fest, es sei seit Mai 2017 zu einer erneuten Verschlechterung der Herzfunktion und damit zu einer Verschlechterung der

Angstsymptomatik und des depressiven Zustandsbildes gekommen (S. 5). 3.3.8 Vom ... Juni bis ... 2017 erfolgte eine weitere Hospitalisation im Spital H. Im Bericht vom 30. Juni 2017 (act. IIA 184 S. 4-6) hielten die behandelnden Ärzte fest, es sei eine erneute signifikante Stenose des distalen RCX mittels Implantation eines medikamentös beschichteten Stents behandelt worden. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gezeigt. Die Punktionsstelle femoral rechts sei bei Austritt indolent gewesen, ohne relevantes Hämatom und es habe kein Strömungsgeräusch auskultiert und der Beschwerdeführer habe am interventionellen Tag in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 5). 3.3.9 Dr. med. G. hielt mit Bericht vom 3. August 2017 (act. IIA 187 S. 2 ff.) fest, die Diagnosen seien im Wesentlichen unverändert. Die Beinschmerzen rechts ständen momentan im Vordergrund, ein radikulärer Schmerz sei hier offensichtlich. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 50% zumutbar (S. 5). 3.3.10 Mit Stellungnahme vom 29. September 2017 (act. IIA 190.1) hielten die MEDAS-Gutachter nach Vorlage der seit der Begutachtung erstellten Berichte der behandelnden Ärzte fest, aus kardiologischer, orthopädischer und psychiatrischer Sicht habe die im MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 dargelegte, polydisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weiterhin Gültigkeit (S. 10). 3.4

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 18

3.4.1 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). 3.4.2 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). Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 3.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1 ff.) erfüllt für sich sowie im Verbund mit der Stellungnahme vom 29. September 2017 (act. IIA 190.1) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Danach liegen eine schwere komplexe koronare Dreifässerkrankung, chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule sowie eine leicht- bis mittel-gradige depressive Episode vor, welche Beeinträchtigungen die Arbeits-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 19
fähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... zu 100% und eine den Leiden angepasste

Tätigkeit qualitativ sowie – ohne optimierte psychopharmakologische Behandlung – auch quantitativ, im Umfang von 20%, einschränken. 3.6 Was der Beschwerdeführer gegen diese gutachtlichen Schlussfolgerungen vorbringt, dringt nicht durch: 3.6.1 Zunächst erweist sich die Kritik an den Einschätzungen von Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, als unbegründet. Im kardiologischen Gutachten vom 5. Dezember 2016 (act. IIA 165.7) hielt Dr. med. K. _____ in Bestätigung der Berichte der behandelnden Ärzte des Spitals H. _____ fest, dass es sich bei der Herzproblematik des Beschwerdeführers grundsätzlich um eine komplexe und progrediente Erkrankung handle (vgl. S. 4). Dies ändert jedoch nichts daran, dass gemäss dem Experten nach den letzten, mit der Neuankündigung zeitlich zusammenfallenden Behandlungen im Februar und März 2016 mit Bezug auf die Herzfunktion (wiederum) ein „erfreuliches Resultat“ erzielt werden konnte (S. 3). Etwas Anderes ergibt sich namentlich auch nicht aus den Berichten der behandelnden Kardiologen des Spitals H. _____, welche auf eine normale systolische LV-Funktion und ein – im Vergleich zum Vorbefund – auch postinterventionell unverändertes EKG hinwiesen (act. IIA 128 S. 16 f.; 130 S. 5). Dass sich der Beschwerdeführer nach der Begutachtung erneut zweimal in kardiologische Behandlung begeben musste, schmälert den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. K. _____ entgegen der in der Beschwerde (S. 4, Ziffer 4) sowie anlässlich der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung nicht, stellt doch grundsätzlich jede Begutachtung eine Momentaufnahme dar und kann sich die gesundheitliche Situation prinzipiell stets und unvermittelt ändern. Im konkreten Fall hat der Gutachter zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der beim Beschwerdeführer vorliegenden Herzkrankheit um ein progredientes Leiden handle und mit einer Verschlechterung der Gesamtsituation jederzeit zu rechnen sei (act. IIA 165.7 S. 4). Die nach der Begutachtung eingetretene Entwicklung hält sich denn aufgrund der Aktenbeurteilung des Dr. med. K. _____ auch im Rahmen des von ihm prognostizierten Verlaufs, so dass die weiteren kardiologischen Eingriffe nicht

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 20 zu einer zusätzlichen qualitativen und/oder quantitativen Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens geführt haben. Sodann hat Dr. med. K. _____ in der Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 zu der im Vorbescheidverfahren geäusserten Kritik (act. IIA 176 S. 3- 5) am kardiologischen Teilgutachten vom 5. Dezember 2016 ausführlich Stellung bezogen (vgl. act. IIA 190.1 S. 3-5). Darauf kann verwiesen werden, zumal die Einschätzungen des Experten nicht durch andere fachmedizinische Berichte in Frage gestellt werden. Auch hinsichtlich der seit Erstellung des Gutachtens am 9. Februar 2017 erfolgten Entwicklung des kardiologischen Gesundheitszustandes hat sich Dr. med. K. _____ entgegen dem Beschwerdeführer schlüssig geäussert und nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die erneuten Untersuchungen vom ... und ... 2017 keine wesentliche Verschlechterung dokumentierten und folglich an den Ergebnissen im Gutachten nichts zu ändern vermöchten (S. 5). Dies steht denn auch im Einklang mit den Berichten der behandelnden Kardiologen, wonach die Eingriffe jeweils komplikationslos verliefen und der Beschwerdeführer am Folgetag bzw. noch am Interventionstag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden konnte (act. IIA 180 S. 4; 184 S. 5), wobei jegliche Hinweise auf eine allfällige richtungsweisende Verschlechterung des (kardiologischen) Gesundheitszustandes fehlen. Sodann gibt der Beschwerdeführer die Ausführungen des kardiologischen Gutachters in der Stellungnahme vom 29. September 2017 in einem entscheidenden Punkt unvollständig wieder (Beschwerde, S. 5): Dr. med.

K._____ bezog sich darin gerade nicht allein auf den bisherigen Verlauf (bis zur Begutachtung), sondern auf den bisherigen weiteren Verlauf, womit er sich – wie aus dem Kontext ohne weiteres hervorgeht – auf die gesundheitliche Entwicklung seit der Begutachtung am 5. Dezember 2016 bezog. Dieser Verlauf zeitigte, wie dargelegt, nach seiner Einschätzung retrospektiv keine Änderung mit Bezug auf die kardiologische Beurteilung vom 5. Dezember 2016. Inwiefern diese Angaben „nicht verbindlich“ sein sollten, ist nicht nachvollziehbar, lassen sie sich doch – wie dargelegt – auf echtzeitliche Berichte der behandelnden Ärzte abstützen. Schliesslich hat Dr. med. K._____ – entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. S. 6) – den sein Fachgebiet betreffenden Teil der Stellungnahme auch selber verfasst und der Gesamtbeurteilung, wonach keinerlei Abweichungen von

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 21 den Schlussfolgerungen im Gutachten zu begründen seien (act. IIA 190.1 S. 10), durch Unterzeichnung der Stellungnahme ausdrücklich zugestimmt (S. 12). 3.6.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, der behandelnde Orthopäde Dr. med. G._____ habe in seinem Bericht vom 3. August 2017 (act. IIA 187 S. 2 ff.) festgehalten, bezüglich des Dermatoms L5/L6 sei „ein radikulärer Schmerz (...)“ aufgrund der von ihm erhobenen klinischen Befunde einer Hyperalgesie L4 und L5 rechts sowie einer Hypästhesie der rechten Grosszehe, usw. „offensichtlich“, welcher Umstand ebenfalls Zweifel an der Zuverlässigkeit der medizinischen Aktenlage begründe (Beschwerde, S. 6 f., Ziffer 5). Subjektive Beschwerdeangaben lassen für sich allein nicht den Schluss auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296); vielmehr greift insoweit eine objektivierte Betrachtungsweise Platz, wonach Beschwerden durch schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127). Zunächst ist darauf hinzuweisen dass – anders als der Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung vorbrachte – sowohl die eigentliche orthopädische Begutachtung als auch die Stellungnahme vom 29. September 2017 zur geltend gemachten Wirbelsäulenproblematik durch den federführenden Gutachter Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chirurgie, erfolgten (vgl. act. IIA 165.2 S. 11; 190.1 S. 11). Dieser wies darauf hin, dass es sich bei den (von Dr. med. G._____ festgehaltenen) Beschwerdeschilderungen um eine rein subjektive Symptomatik handle, die nicht zu objektivieren und ganz offensichtlich in unterschiedlichem Ausmass vorhanden sei bzw. empfunden werde. Diese Gefühlsstörungen seien im Rahmen des orthopädisch-traumatologischen Gutachtens bei der orientierenden neurologischen Untersuchung in gleicher Art beschrieben und unter Epikrise bewertet worden (vgl. act. IIA 165.2 S. 9), jedoch versicherungsmedizinisch – mithin in Bezug auf das funktionelle Leistungsvermögen respektive die Arbeitsfähigkeit – ohne Relevanz (vgl. act. IIA 190.1 S. 6). Diese Einschätzung sowie die weitere Schlussfolgerung von Dr. med. L._____, wonach die Ar-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 22 beitsfähigkeit in orthopädischer Hinsicht einzig qualitativ, nicht jedoch zusätzlich in quantitativer Hinsicht eingeschränkt ist (vgl. act. IIA 165.2 S. 9 f.), überzeugen, zumal sich aus der detaillierten, den gesamten Bewegungsapparat umfassenden orthopädischen Untersuchung (vgl. IIA 165.2 S. 5-7; 165.3) eine allein bescheidene Befundlage ergab (vgl. act. IIA 165.2 S. 5-7). Weiter hielt Dr. med. L._____ fest, dass die angegebenen Be-

schwerden aus verschiedenen Gründen nicht konsistent seien (act. IIA 165.2 S. 8 f.; 165.1 S. 17), worauf er auch in der Stellungnahme vom 29. September 2017 abermals hinwies (act. IIA 190.1 S. 6). Dr. med. G. _____ äussert sich hierzu nicht und geht auch sonst mit keinem Wort auf das Gutachten ein; auch unterlässt er es namentlich, die von ihm postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50% zu plausibilisieren. Seine Einschätzung vermag demnach weder Zweifel am Beweiswert der orthopädischen noch der gesamtmedizinischen Einschätzung zu begründen. 3.6.3 Im Weiteren kritisiert der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweismässig. Zudem postuliert er unter Bezugnahme auf den behandelnden Psychiater Dr. med. J. _____ hinsichtlich einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40% (Beschwerde, S. 7 f., Ziffer 6). Im MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1) wurde in psychischer Hinsicht eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1), DD eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, leicht - bis knapp mittelgradig (ICD-10 F43.2), diagnostiziert. In gesamtmedizinischer Hinsicht attestierten die Gutachter eine aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen um 20% reduzierte Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf sämtliche Tätigkeiten, erachteten jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit innert sechs Monaten als erreichbar, sofern die psychopharmakologische Behandlung optimiert werde (act. IIA 165.1 S. 16, 18 f.). 3.6.3.1 In der Schlussverhandlung beanstandete der Beschwerdeführer erstmals, statt dem begutachtenden Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich in der Stellungnahme vom 29. September 2017 Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, zum weiteren Verlauf geäussert. Zudem hätte die Beschwerdegegnerin – mit Blick auf die seit der MEDAS-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 23 Begutachtung erfolgte Entwicklung des kardiologischen Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden zunehmenden Angstsymptomatik – richtigerweise eine neue Begutachtung veranlassen müssen. Es trifft zu, dass Dr. med. M. _____ für eine Stellungnahme nicht mehr zur Verfügung stand und – nach Rücksprache mit der Beschwerdegegnerin (act. IIA 190.1 S. 2) – stattdessen Dr. med. N. _____ mit der Abfassung der fachpsychiatrischen Stellungnahme der MEDAS vom 29. September 2017 betraut wurde, was auch entsprechend deklariert wurde (S. 2, 8). Dies schmälert jedoch unter den vorliegend gegebenen Umständen den Beweiswert der psychiatrischen Beurteilung nicht. Wie aus den Akten hervorgeht, bestehen die kardiologischen Einschränkungen und die damit verbundene Angst, „an einem plötzlichen Herztod [zu] versterben“, bereits seit 2004 (vgl. act. IIA 165.7 S. 1; 165.6 S. 2). Dr. med. M. _____ hat diese Hinweise nicht – wie der Beschwerdeführer behauptete – „abgetan“, sondern trug ihnen und damit auch der vom Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung als solche bezeichneten Stressvulnerabilität im Gutachten sehr wohl Rechnung, stellte jedoch aufgrund der (invalidenversicherungsrechtlich allein massgeblichen objektiven) Befundlage keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest (vgl. act. IIA 165 S. 7, 10). Sodann hat sich nach der Erstellung des MEDAS-Gutachtens am 9. Februar 2017 in kardiologisch-psychiatrischer Hinsicht keine dauerhafte Veränderung ergeben: Zum einen hat sich – wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.6.1 vorne) – die gesundheitliche Situation von Seiten der Herzproblematik nicht richtungweisend verschlechtert. Zum andern ergeben sich aus den bereits im Recht liegenden Akten sowie dem im Rahmen der Schlussverhandlung eingereichten Austrittsbericht der Klinik I. _____ vom 11. Mai 2018 und den darin aufgeführten anamnestic Angaben keine Hinweise, wonach sich die geltend gemachte

Angstsymptomatik respektive der psychische Gesundheitszustand aufgrund der im Nachgang zur MEDAS-Begutachtung erfolgten kardiologischen Behandlungen objektiv nachhaltig verschlechtert hätte. Namentlich präsentierte sich der Psychostatus nicht wesentlich anders als im Rahmen der Begutachtung bei Dr. med. M. _____ (vgl. act. IIA 165.6 S. 5-8). Vielmehr ist (in psychischer Hinsicht) von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, womit das Gutachten von Dr. med. M. _____ entgegen der Auffassung des Be-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 24 schwerdeführers für den gesamten Beurteilungszeitraum verwertbar ist und es folglich keiner weiteren Begutachtung bedurfte bzw. bedarf. Demnach war es auch zulässig, die Stellungnahme in psychiatrischer Hinsicht durch Dr. med. N. _____ erstellen zu lassen.

3.6.3.2 Im Weiteren fällt es vorliegend entgegen der vom Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung beweisrechtlich nicht ins Gewicht, dass die psychiatrische Begutachtung zeitlich vor der kardiologischen erfolgte. Eine vorgängige somatische Begutachtung erscheint namentlich dann angezeigt, wenn, wie etwa bei psychosomatischen Beschwerdebildern, die Natur der Beschwerden – somatisch oder psychisch – unklar oder strittig ist. Dies trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu, stand und steht doch seit jeher fest, dass die seit 2004 vorliegende Herzproblematik kardiologischer Genese respektive somatischer Natur ist. Ferner war Dr. med. M. _____ aufgrund der Berichte von Dr. med. J. _____ (vgl. act. IIA 150 S. 3) über dessen Einschätzung ins Bild gesetzt, wonach die Herzbeschwerden negative Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand zeitigten (vgl. act. IIA 165.1 S. 12 f.). Dass Dr. med. M. _____ in der Folge die Angstsymptomatik mit Bezug auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders bewertete, ist aufgrund seiner Ausführungen schlüssig und nachvollziehbar (vgl. E. 3.6.3.3 hernach). Sodann fand nach Abschluss aller Fachuntersuchungen ein polydisziplinärer Konsensprozess statt (act. IIA 165.1 S. 16 f.) und Dr. med. M. _____ hat das Gesamtgutachten, bei dessen Abfassung auch der kardiologische Befund vorlag, mitunterzeichnet und damit sein Einverständnis mit den darin gezogenen Schlussfolgerungen bekundet. Sodann schadet es dem Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens auch nicht, dass Dr. med. M. _____ keine Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens anhand des Mini-ICF-Ratings (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) vorgenommen hat: Zum einen liegt dessen Anwendung im Ermessen des Gutachters. Zum andern ist das Mini-ICF-Rating im versicherungsmedizinischen Kontext noch nicht hinreichend validiert und insbesondere nicht für die Erfassung der invalidenversicherungsrechtlich

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 25 allein massgebenden kausalen Zusammenhänge geeignet (vgl. dazu SZS 2018 S. 132 f.). Ferner hat sich Dr. med. M. _____ vor dem Hintergrund auch anderweitig fehlender Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung und entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers im Rahmen der Schlussverhandlung hinreichend zu dessen Persönlichkeit geäußert (act. IIA 165.6 S. 7 f.). Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren in appellatorischer Weise die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten kritisiert und geltend macht, er lebe entgegen der Darstellung von Dr. med. M. _____ zurückgezogen und sein Sohn wolle bald ausziehen, sei auf die Ausführungen im Gutachten verwiesen, wonach der soziale Kontakt insbesondere im Rahmen der in der Nähe lebenden beiden

Cousins und deren Familien sowie zu einem Bruder in ... und den übrigen ... Geschwistern in der Heimat erfolge (vgl. act. IIA 165.6 S. 12), was der Beschwerdeführer auch anlässlich der Schlussverhandlung nicht bestritt. Im Übrigen kann aufgrund der – trotz 30jährigem Aufenthalt in der Schweiz – nicht gelungenen sprachlichen, sozialen und beruflichen Integration nicht geschlossen werden, es bestehe ein im psychiatrischen Sinne relevanter sozialer Rückzug. In diesem Zusammenhang erweisen sich entgegen der vom Beschwerdeführer anlässlich der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung auch die Ausführungen von Dr. med. M. _____ zur Medikamenteneinnahme nicht als widersprüchlich: Dass er trotz festgestellter Optimierbarkeit der Medikation sowohl hinsichtlich der Schmerzen als auch der depressiven Symptomatik die Reintegration ins Erwerbsleben prognostisch als ungünstig erachtete, begründete Dr. med. M. _____ mit einem invaliditätsfremden Gesichtspunkt im Sinne einer über zwei Jahrzehnte erfolgten Entwöhnung vom Arbeitsprozess (vgl. act. IIA 165.6 S. 14 f.). 3.6.3.3 Entgegen dem Beschwerdeführer führen sodann auch die Berichte von Dr. med. J. _____ zu keiner anderweitigen Schlussfolgerung: Zunächst präsentierte sich die Befundlage anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. M. _____ als bescheiden (vgl. act. IIA 165.6 S. 5-8). Insbesondere erschien die affektive Schwingungsfähigkeit zwar beeinträchtigt; indessen gelang es dem Gutachter, insoweit eine deut-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 31. Juli 2018, IV/18/225, Seite 26 lich wahrnehmbare Auslenkung zu erzielen. Weiter stellte Dr. med. M. _____ eine nur leichte phobische Symptomatik im Sinne einer (in der Herzproblematik) begründenden Befürchtung des Beschwerdeführers fest, ähnlich wie sein Vater abends zu Bett zu gehen und morgens nicht mehr zu erwachen. Dies sei jedoch nach Angaben des Beschwerdeführers durch die Einnahme eines Medikaments zur Nacht gut beherrschbar. Hinsichtlich der Persönlichkeit konnte der Experte keine primärpersönlichen Auffälligkeiten feststellen (S. 7). Weiter spreche der Serumspiegel gegen die Einnahme eines Schmerzmittels (S. 8). Wenn Dr. med. M. _____ in der Beurteilung sowohl hinsichtlich der Schmerzproblematik und der ängstlichen Symptomatik keine, in Bezug auf die depressive Problematik (ohne weitere Behandlung) lediglich eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% attestierte (S. 9 f.), so erweist sich dies somit als schlüssig. Dr. med. J. _____ nimmt bei seinen anderslautenden Einschätzungen im Bericht vom 3. Juli 2017 (act. IIA 182 S. 2-5) keinen Bezug zu den Ausführungen des Experten, worauf auch Dr. med. N. _____ in der MEDAS-Stellungnahme vom 29. September 2017 hinweist (act. IIA 190.1 S. 9). Auch zeigt Dr. med. J. _____ keine fachlichen Aspekte auf, welche Dr. med. M. _____ allenfalls ausser Acht gelassen hätte. Namentlich wird weder geltend gemacht noch ist anderweitig ersichtlich, dass die Befunderhebung nicht lege artis erfolgt wäre. Im Weiteren ist die von Dr. med. J. _____ wiederholt behauptete Therapieresistenz der depressiven Störung (vgl. act. IIA 132 S. 4; 182 S. 4) nicht nachvollziehbar, konnte doch nach der gut einmonatigen Hospitalisierung in der Klinik I. _____ im Frühling 2016 – und damit innerhalb relativ kurzer Zeit – eine deutliche psychische Stabilisierung und Erholung festgestellt werden (act. IIA 132 S. 8; vgl. auch den Bericht der Klinik I. _____ vom 11. Mai 2018, S. 1). Damit ist auch hinreichend erstellt, dass durch die gutachterlich als indiziert erachtete Optimierung der psychiatrischen Behandlung eine Besserung erzielt werden könnte (vgl. act. IIA 165.6 S. 13 f.), was insbesondere auch durch den vorerwähnten Bericht der Klinik I. _____ vom

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

E. 11

Mai 2018 und Kostennote von Rechtsanwalt und Notar B._____ sowie Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 24. Juli 2018) - Bundesamt für Sozialversicherungen - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.