

200 12 1135 IV
KNB/ABE/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. November 2014

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Oktober 2012

Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), bis Ende Januar 2009 als ... angestellt, meldete sich am 5. Februar 2009 mit Hinweis auf eine Depression, Rückenschmerzen und eine Schulterproblematik bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1, 10). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 4 ff.) und ordnete ein Belastbarkeits- (AB 25, 29) sowie anschliessend ein Aufbautraining an (AB 34). Letzteres wurde vorzeitig abgebrochen (AB 37, 41), worauf die IVB die Eingliederungsbemühungen abschloss (AB 44 ff.). Zur Prüfung des Rentenanspruchs liess sie den Versicherten in der X._____ (MEDAS) untersuchen (Gutachten vom 11. März 2011 [AB 59.1]). Daraufhin kündigte die IVB vorbescheidweise an, das Rentengesuch bei einem Invaliditätsgrad von 28% abzulehnen (AB 61). Damit erklärte sich der Versicherte nicht einverstanden und reichte weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (AB 65 ff.). Nachdem die IVB hierzu Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt hatte (AB 71, 73), veranlasste sie eine weitere neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung (Expertisen vom 5. Dezember 2011 [AB 81.1] und vom 15. Februar 2012 [AB 83.1]). Gestützt darauf lehnte die IVB einen Rentenanspruch – nach neu durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 84 ff.) – mit Verfügung vom 25. Oktober 2012 (AB 95) ab (Invaliditätsgrad: 23%).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 26. November 2012 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung mindestens einer halben Rente ab Februar 2010. Im Wesentlichen wird die gutachterlich attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestritten. Am 11. Dezember 2012 stellte der Beschwerdeführer zudem ein Gesuch um

unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B. _____
als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung.

Nachdem der Beschwerdeführer am 25. Juni 2013 einen weiteren Arztbericht zu den Akten gereicht hatte (Beschwerdebeilage [BB] 3), ergänzte die Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss ihre Beschwerdeantwort resp. reichte eine Stellungnahme des RAD vom 4. Juli 2013 (in den Gerichtsakten) ein.

Von der Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen machte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 18. August 2014 Gebrauch.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Oktober 2012 (AB 95). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

2.

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).

2.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ent-

scheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

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

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 22. Juni 2009 (AB 27) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gleichzeitig führte er aus, der Patient könne nicht mehr unter Druck und Stress arbeiten; er sei vom letzten Arbeitgeber gemobbt worden und sei sehr ängstlich geworden. In geschütztem Rahmen könnten ... halbtags ausgeführt werden.

3.1.2 Im Bericht des Spitals K. _____, vom 3. Juli 2009 (AB 23) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Mittelschwere depressive Symptomatik mit Angstsymptomen (ICD-10 F32.1) mit/bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation, komplexe Schmerzproblematik (ICD-10 F45.41, R52) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10 G47.0). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), eine Hyperlipidämie (ICD-10 E78.5) und eine durchgemachte Hepatitis A und B. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Im Rahmen des Arbeitstrainings sei unter geschützten Bedingungen zur Wiederherstellung des Selbstvertrauens zu Beginn eine Arbeitsleistung von zwei Stunden und nach drei bis vier Monaten von 4 Stunden pro Tag möglich.

3.1.3 Im MEDAS-Gutachten vom 11. März 2011 (AB 59.1) wurde Folgendes diagnostiziert:

- anhaltende depressive Episode im Rahmen einer reaktiv entstandenen depressiven Störung durch anhaltenden Arbeitsplatzkonflikt (ICD-10 F32.1)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
Impingement-Syndrom der rechten Schulter nach Schulterkontusion durch Sturz auf einer Treppe
- chronische Lumboischialgie bei St.n. Mikrodiskektomie L4/5 rechts (ICD-10 M54.3)

Ursprünglich hätten die gesundheitlichen Probleme auf körperlichem Gebiet begonnen. Nach dem operativen Eingriff an der LWS (2005) sei es zu einem zufriedenstellenden Resultat mit gewissen Restbeschwerden ge-

kommen. Jetzt stehe eine kombinierte psychische Störung im Vordergrund, welche auch der zentrale Grund für die Leistungsminderung sei (S. 21). Nach einem ... (2004) sei es am langjährigen Arbeitsplatz zu innerbetrieblichen Spannungen mit einem Nervenzusammenbruch des Exploranden gekommen. Die somatischen Abklärungen könnten das Ausmass des chronischen Schmerzsyndroms nicht erklären. Weder bildgebend noch neurologisch lägen Hinweise für ein klinisch relevantes Rezidiv im Bereich der LWS vor. Das Ausmass der Schmerzen sei auch internistisch-rheumatologisch nicht restlos erklärbar (S. 22). Psychopathologisch liege ein chronifiziertes depressives Syndrom mit ausgeprägt ängstlich-agitierter Symptomatologie vor. Der Explorand habe eine ausgesprochene Lebensmüdigkeit deutlich gemacht; eine akute Suizidalität liege aber nicht vor. Er habe narzisstisch gekränkt, antriebsgemindert und affektlabil gewirkt. Für die Aufrechterhaltung des chronischen Schmerzsyndroms spielten die psychosozialen Belastungen und die emotionalen Konflikte des an sich sehr leistungsorientierten Exploranden eine erhebliche Rolle (S. 23). Die depressive Störung habe stark reaktiven Charakter. Die bisherige Tätigkeit sei nur noch mit zeitlich verkürztem Pensum (6 Stunden pro Tag an 5 Tagen der Woche) zumutbar. Dieses Pensum sei auf 2 Blöcke à 3 Stunden aufzuteilen. Die körperlich schweren Arbeiten in der ... seien nicht mehr zumutbar. Arbeiten über Schulterhöhe oder mit grösseren Gewichten seien gelegentlich, nicht aber regelmässig, zumutbar. Zusätzliche Leistungsminderungen beständen nicht (S. 24). Grundsätzlich dürfte der Explorand in seiner angestammten Berufstätigkeit am leichtesten wieder eingliederbar sein; medizinisch-theoretisch müsse davon ausgegangen werden, dass er in einer körperlich leichten Arbeit kaum besser einzusetzen wäre, da sich bei erhöhtem zeitlichem Pensum die psychische Störung des depressiven Syndroms stärker bemerkbar machen würde (S. 25).

3.1.4 Aufgrund einer Rezidivhernie L4/5 mit Bandscheibenprotrusion/-hernierung L5/S1 wurde am 22. März 2011 ein weiterer operativer Eingriff durchgeführt (AB 67/4). Gemäss Spitalbericht vom 30. März 2011 (AB 67/2) sei der Verlauf komplikationslos gewesen; für 6 Wochen sei eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

3.1.5 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 29. Juli 2011 (AB 70), der psychische Befund habe sich im Verlauf der letzten zwei Jahre eher gebessert, auf keinen Fall verschlechtert. Aus psychiatrischer Sicht sei der Patient an einem geeigneten Arbeitsplatz 50% arbeitsfähig, zumal er selbst eine Teilzeitarbeit wünsche. Allerdings sei die körperliche Beeinträchtigung, die sie nicht im Detail beurteilen könne, im Moment so stark, dass er 100% arbeitsunfähig sei. Mit den im MEDAS-Gutachten genannten Diagnosen sei sie einverstanden und sie müsse betonen, dass psychosozialer Stress und sozioökonomische Gründe eine Schmerzstörung negativ beeinflussen könnten.

3.1.6 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, nannte im Gutachten vom 5. Dezember 2011 (AB 81.1/2) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Chronisches lumbales und lumboschialgiformes Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont mit/bei

- degenerativen LWS-Veränderungen (leichtgradige Osteochondrose Th10-L4, begleitende Spondylose, mässiggradige Spondylarthrose, zirkuläres Discbulging Th10-L4)
- St. n. Mikrodiskotomie und Sequestrektomie L4/5 rechts mit IDN-Injektion 07/2005
- St. n. Dekompression L4/5 beidseits, Neurolyse L5 rechts und kompletter Diskektomie, Dekompression L5/S1 links und kompletter Diskektomie von links, PLIF-Stabilisierung L4/5 und L5/S1 mit T-PAL Cages, dorsaler Instrumentation L4 auf S1 mit Expidiumimplantat, dorsaler/dorsolateraler Spondylodese L4 auf S 1 beidseits mit Dekompressionseigenknochen 03/2011

Aus neurologischer Sicht beständen keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18). Die geklagte Schmerzsymptomatik und die schmerzbedingten Beeinträchtigungen könnten qualitativ durchaus, quantitativ hingegen nicht vollständig mit objektivierbaren Befunden erklärt werden (S. 21). Körperlich leichte bis mittelschwere und konsequent wechselbelastende Tätigkeiten seien 8.5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Dabei bestehe eine Leistungsminderung von 10-20%. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig/häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, solche mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, in Zwangshaltungen der LWS, mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS sowie Tätig-

keiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg limitiert. In der bisherigen Tätigkeit als ... werde aus neurochirurgischer Sicht bleibend keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen. Das genannte Leistungsvermögen sollte spätestens 12 Monate postoperativ erreicht sein (S. 22).

3.1.7 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte im Gutachten vom 15. Februar 2012 (AB 83.1) dar, es liege keine primär psychische Störung bzw. keine krankheitswertige psychische Symptomatik vor. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die vordiagnostizierte depressive Episode im Rahmen einer reaktiv entstandenen depressiven Störung durch anhaltenden Arbeitsplatzkonflikt (ICD-10 F32) sowie die vordiagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), wobei Erstere vollständig remittiert und Letztere aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei (S. 15). Der Explorand habe keine Persönlichkeitseigenschaften aufgewiesen, die auf eine somatoforme Erkrankung hingewiesen hätten. Vielmehr führe er selber die Rückenschmerzproblematik auf den jahrelangen Verschleiss durch körperlich schwere Arbeit zurück. Für eine zumindest teilweise körperliche Ursache der Symptome sprächen zudem die Operationen (S. 16 f.). Bezüglich der vordiagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode sei festzuhalten, dass die Symptomatik durch externe Umweltfaktoren aufrechterhalten worden sei; die möglicherweise erlittenen Schmerzen und auch psychosoziale Probleme (Arbeitsplatzverlust, finanzielle Schwierigkeiten) hätten den Exploranden nachvollziehbar über einen bestimmten Zeitraum depressiv gemacht. Differenzialdiagnostisch wäre eine Anpassungsstörung resp. Belastungsreaktion zu diskutieren gewesen; infolge der Remission wäre diese Diskussion aber retrospektiv akademisch (S. 18 f.). Aufgrund der Vollremission seien aktuell ausschliesslich krankheitsfremde Faktoren für die Nichtverwertung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich (S. 20). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit zeitlich uneingeschränkt zumutbar, wobei aufgrund der Dekonditionierung eine Leistungsminderung von 10-15% bestehe (S. 21). Seit Beginn des Jahres 2011 bestehe eine über 80%-ige Arbeitsfähigkeit. Grundsätzlich könne der Explorand jegliche Tätigkeit ausüben, ohne dass ein Arbeitsplatz besonderen Anforderungen genügen müsste (S. 22).

3.1.8 Dr. med. G._____ hielt im von Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, visierten Bericht vom 4. Juni 2012 (AB 92/2) fest, es bestehe eine chronifizierte L5-Symptomatik rechts bei klinisch nachweisbarer Fussheberschwäche und Fühlstörungen entlang des Dermatoms L5. Elektroneurophysiologisch hätten sich hochpathologische SSEP (somatosensibel evozierte Potentiale) der Peroneusnerven und myographisch ausgeprägte neurogene Veränderungen bei deutlicher Polyphasie im Schienbeinmuskel gezeigt. Hingegen sei das SSEP der Schienbeinnerven normal, was gegen eine zusätzliche Spinalkanalstenose spreche. Nach zwei Operationen sei das Endstadium mit Sicherheit erreicht. Das Fazit sei, dass der Patient für körperliche Arbeit nicht mehr einsetzbar sei.

3.2 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die neurochirurgisch-psychiatrische Beurteilung der Dres. med. E._____ und F._____. Sowohl deren Einzel-

gutachten (AB 81.1, 83.1) als auch die interdisziplinäre Beurteilung (AB 83.2) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2 hiervor). Sie beruhen auf einlässlichen Untersuchungen, wurden in Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit jenen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation sind sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Damit erbringen die entsprechenden Beurteilungen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.3.1 Soweit der Beschwerdeführer mit Hinweis auf die Einschätzung des behandelnden Dr. med. G._____ geltend macht, er sei aufgrund seiner somatischen Beschwerden nicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, ist Folgendes festzuhalten:

Dr. med. G._____ hat im Kurzbericht vom 4. Juni 2012 (AB 92/2) keine Aspekte genannt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Damit vermag seine anderslautende Einschätzung das neurochirurgische Administrativgutachten (AB 81.1) nicht in Frage zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Vielmehr wurden die entsprechenden neurologischen Tests bereits im Rahmen der Begutachtung im November 2011 durchgeführt (AB 94/2; vgl. AB 81.1/15 ff.). Hinsichtlich der diesbezüglichen divergierenden Feststellungen legte die RAD-Ärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurologie FMH, am 12. Juli 2012 (AB 93/4) schlüssig und nachvollziehbar dar, es könnten sich weder elektromyographisch noch mittels SSEP-Befunden Schmerzen beweisen oder Paresen messen lassen. Untermauert wird diese Einschätzung durch Dr. med. J._____, Facharzt u.a. für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH: Der RAD-Arzt hielt am 5. Oktober 2012 (AB 94/2) fest, allein gestützt auf eine klinisch festgestellte Parese lasse sich eine relevante Abschwächung der Fussheberfunktion nicht begründen. Abgesehen davon, dass eine Parese abhängig sei vom Untersucher und von der Kooperation des Untersuchten, würde eine solche zwingend zu einer Atrophie führen; eine Atrophie am Unterschenkel sei gemäss der Gutachterin Dr. med. E._____ jedoch nicht gefunden worden.

Auch aus der zu Händen seines Rechtsvertreters verfassten (dort am 24. Juni 2013 eingegangenen [undatierten]) Stellungnahme von Dr. med.

G._____ (BB 3) zu den genannten RAD-Berichten vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Fachärztliche Aussagen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit können nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden. Mangels eines Eintrags in den einschlägigen Medizinalpersonenregistern (www.medregom.admin.ch; www.fmh.ch) ist nicht erstellt, dass Dr. med. G._____ über die notwendige (fach-)ärztliche Ausbildung verfügt, was jedoch – wie dargelegt – zwingend vorausgesetzt wäre, um die abweichenden fachärztlichen Aussagen der Dres. med. E._____ (AB 81.1/18 f.), I._____ (AB 93/3) und J._____ (AB 94/2) zu entkräften resp. in Frage zu stellen. Hinzu kommt, dass Dr. med. G._____ – anders als die Gutachter und RAD-Ärzte – keine Kenntnis sämtlicher Vorakten hatte. Damit kann weder sein Kurzbericht vom 4. Juni 2012 (AB 92/2) noch die im Beschwerdeverfahren aufgelegte Stellungnahme (BB 3) als Grundlage für eine abschliessende Beurteilung herangezogen werden (vgl. E. 3.2 hier vor). Schliesslich wies die RAD-Neurologin Dr. med. I._____ in der Stellungnahme vom 4. Juli 2013 (in den Gerichtsakten) nochmals (vgl. AB 93/3) und unter Bezugnahme auf die einschlägige medizinische Literatur darauf hin, dass die SSEP-Messung gar nicht zu den standardisierten Untersuchungsmethoden von Radikulopathien gehören.

Schliesslich ändert auch das anlässlich des Aufbautrainings festgestellte funktionelle Leistungsvermögen nichts an der gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Einschätzung der Eingliederungsfachleute, wonach mit einem 50%-Pensum „die Belastungsgrenze ... offensichtlich erreicht“ sei (AB 41/3), gründet im Umstand, dass die berufliche Massnahme im angestammten Tätigkeitsfeld (...) stattgefunden hat, die bisherige, teilweise körperlich schwere Tätigkeit aus neurochirurgischer Sicht jedoch nicht mehr zumutbar ist (AB 81.1/24). Da die damals zugewiesenen Arbeiten somit nicht dem (nachträglich definierten) Zumutbarkeitsprofil entsprechen, lassen sich aus dem entsprechenden Abklärungsbericht (AB 41) keine verwertbaren Rückschlüsse ziehen, zumal die abschliessende Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit ohnehin den medizinischen Fachpersonen obliegt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2).

Nach dem Dargelegten ist in somatischer Hinsicht auf die Beurteilung der Dr. med. E. _____ (AB 81.1) abzustellen.

3.3.2 Ob in psychiatrisch-diagnostischer Hinsicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, was die Fachärzte bisher annahmen (vgl. AB 27/5, 59.1/26, 70), oder ob – wie vom Gutachter Dr. med. F. _____ postuliert (AB 83.1/16) – die entsprechende Diagnose (aktuell) nicht (mehr) zu stellen ist, kann letztlich offen bleiben. Denn zum einen ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnose an sich massgebend, sondern vielmehr die konkreten Auswirkungen einer Gesundheitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit. Zum anderen würde die Annahme einer somatoformen Schmerzstörung vorliegend zu keinem anderen Ergebnis führen. Diesfalls wäre zu prüfen, ob dem Gesundheitsschaden aus versicherungsrechtlicher Sicht invalidisierender Charakter zukommt (E. 2.2 hiervor). Vorliegend ergibt diese Prüfung was folgt:

Die im Vordergrund stehende Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist zu verneinen. Dr. med. F. _____ legte nachvollziehbar und schlüssig dar, dass anlässlich der Exploration weder akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften noch Einbussen kognitiver Leistungen oder andere „Pathologika“ zu beobachten gewesen seien. Der Gutachter konnte insbesondere keine pathologischen Ängste, Wahrnehmungsstörungen oder Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom erkennen (AB 83.1/14). Aufgrund der bestehenden Freudfähigkeit, Interessen, Schwingungsfähigkeit, des normalen Selbstwertgefühls und Antriebs (AB 83.1/15) überzeugt die Schlussfolgerung des Gutachters, es liege keine psychische Störung (mehr) vor. Wenn die behandelnde Psychiaterin davon abweichend und ohne nähere Begründung eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit annimmt, vermag dies angesichts des Hinweises auf die Besserung des psychischen Befundes (AB 70) nicht zu überzeugen. Auch die Einschätzung der MEDAS-Gutachter (AB 59.1) widerspricht der aktuellen Expertise nicht grundsätzlich. Während im Jahr 2011 noch eine (reaktive) Depressivität vorlag, ist diese nunmehr remittiert (AB 70, 83.1/19). Die im Rahmen des ersten Gutachtens angenommene, sich auf die bisherige Tätigkeit beziehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ist folglich nicht (mehr) massgebend. Sodann haben

die MEDAS-Gutachter eine bessere Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit der unzutreffenden Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers sowie mit Blick auf den Umstand, dass der depressiven Störung keine zusätzliche einschränkende Wirkung zugeschrieben wurde (AB 59.1/24 oben), zu Unrecht verneint (AB 59.1/25, Ziff. 14). Angesichts der (depressiven) Reaktion auf den Konflikt am Arbeitsplatz und den Verlust der Stelle (AB 59.1 [S. 19 f., 22]) ist vielmehr davon auszugehen, dass die Aufnahme einer Tätigkeit das Selbstwertgefühl des Beschwerdeführers positiv beeinflussen würde; die MEDAS-Gutachter haben denn auch darauf hingewiesen, dass „allein schon durch eine Stabilisierung im Berufsleben“ mit einem Abklingen der Depressivität zu rechnen sei (AB 59.1/25, Ziff. 6). Abgesehen davon sind die Eingliederungschancen für die medizinisch-theoretische Einschätzung der Erwerbsfähigkeit unerheblich (vgl. auch AB 59.1/24 [vor der Beantwortung der Fragenkomplexe]).

Was sodann die psychosozialen Belastungen (insbes. Arbeitsplatzkonflikt, finanzielle Schwierigkeiten [vgl. AB 23/3, 27/3, 27/5, 27/9, 27/13, 59.1/23, 70, 83.1/17 f.]) anbelangt, ist in Würdigung der Aktenlage davon auszugehen, dass das Beschwerdebild massgeblich davon (mit)bestimmt wurde und wird. Unter den gegebenen Umständen sind die psychosozialen Faktoren aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer Komorbidität liegt somit nicht vor.

Auch die weiteren massgeblichen Kriterien sind nicht oder nicht in einem Ausmass erfüllt, um von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden ausgehen zu können: Es bestehen keine Anhaltspunkte für einen primären Krankheitsgewinn. Ebenso wenig kann die Behandlung als gescheitert bezeichnet werden; vielmehr konnte eine Besserung des psychischen Befundes erreicht werden (AB 70). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, d.h. ein schwerwiegender, nahezu umfassender Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung (BGE 130 V 352 E. 3.3.2 S. 358), liegt nicht vor. Immerhin unternimmt der Beschwerdeführer täglich bis zweistündige Spaziergänge und pflegt zumindest innerfamiliäre Beziehungen (AB 83.1/11 f.). Ob das Kriterium eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs mit Bezug auf die

Schmerzproblematik zu bejahen ist, kann offen bleiben, denn ein solcher ist diagnosespezifisch und damit nicht ausschlaggebend (vgl. Urteil des BGer vom 30. November 2007, I 937/06, E. 4.3). Zwar liegen mit den degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule (AB 81.1/19) körperliche Begleiterscheinungen vor. Da in einer angepassten Tätigkeit jedoch eine (zeitlich) uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit besteht, lässt dieses Kriterium eine Willensanstrengung zur Überwindbarkeit der Schmerzen nicht als unzumutbar erscheinen. Vorliegend ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über hinreichende Ressourcen verfügt, um eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

3.4 Ausgehend von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Leiden angepassten Tätigkeit und unter Berücksichtigung einer 10-20%-igen Leistungsminderung ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Zur Prüfung der Invalidität im Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend (BGE 129 V 222); dieser ist aufgrund des Taggeldanspruchs bis Ende 2009 (vgl. AB 41, 47) auf das Jahr 2010 festzulegen (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

4.2

4.2.1 Ohne Gesundheitsschaden wäre der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich weiterhin am angestammten Arbeitsplatz tätig. Der monatliche Bruttolohn belief sich vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (2008) auf Fr. 4'605.-- (AB 10/4). Aufindexiert auf das Jahr 2010 (Nominallohnindex, Männer, 2006-2010, Tabelle T1.1.05, Abschnitt G/H, Index Jahr 2008: 104.5 Punkte, Index Jahr 2010: 107.1 Punkte [www.bfs.admin.ch]) resultiert pro 2010 ein Valideneinkommen von Fr. 56'634.90.

4.2.2 Da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen hypothetisch zu ermitteln. Gemäss LSE 2010, TA1, Männer, Anforderungsprofil 4 (zur anwendbaren Tabelle sowie zum im Einzelfall massgebenden Anforderungsniveau vgl. SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc), beträgt der Totalwert monatlich Fr. 4'901.--. Aufgerechnet auf die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2010 von 41.6 Stunden (abrufbar auf www.bfs.admin.ch) ergibt dies einen Betrag von Fr. 61'164.50. Bei einer Leistungsminderung von 15% (vgl. E. 3.4 hiavor) resultiert ein Einkommen von Fr. 51'989.80 pro Jahr. Die Beschwerdegegnerin gewährte vom Tabellenlohn einen Abzug von 20% (AB 95/2). Aufgrund der konkreten Gegebenheiten erweist sich dieser zwar als wohlwollend; Anlass, in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen, besteht indessen nicht (vgl. BGE 126 V 75 E. 6 S. 81). Damit lässt sich das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 41'592.-- nicht beanstanden; der Beschwerdeführer erhebt diesbezüglich denn auch keine Einwände.

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung von Validen- (Fr. 56'634.90) und Invalideneinkommen (Fr. 41'592.--) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'042.90. Dies entspricht einem rentenausschliessenden (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von rund 27% (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

4.3 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2012 (AB 95) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann einer Partei überdies ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2).

5.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund der Akten (BB IA) ausgewiesen. Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht

gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B._____.

5.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Honorarnote vom 18. August 2014 von Rechtsanwalt B._____ ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 7 Stunden (total Fr. 2'001.65 inkl. Auslagen und MWSt.) wird das amtliche Honorar auf Fr. 1'400.-- (7 Std. x Fr. 200.--), zuzüglich Fr. 103.40 Auslagen und Fr. 120.30 MWSt. (8% auf Fr. 1'503.40), somit auf total Fr. 1'623.70 festgesetzt. Auch diese Kosten hat der Beschwerdeführer dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO nachzuzahlen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.

3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'001.65 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'623.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.