

200 13 1106 IV  
ACT/SAW/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. Juni 2014**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1955 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 27. Oktober 2006 wegen einer Diskushernie und Rheuma bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). In der Folge holte die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) medizinische sowie erwerbliche Unterlagen ein und veranlasste insbesondere eine berufliche Grundabklärung bei der Z. \_\_\_\_\_ (act. II 25 f.). Gestützt darauf verfügte sie am 5. Dezember 2007 (act. II 30) den Abschluss der beruflichen Massnahmen und liess insbesondere weitere medizinische Begutachtungen durchführen (act. II 37, 42 f.). Mit Vorbescheid vom 10. August 2010 (act. II 56) stellte sie sodann die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Den hiergegen erhobenen Einwand (act. II 60) verwarf die IVB und verfügte am 29. Oktober 2010 wie im Vorbescheid angekündigt (act. II 65). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Am 8. Dezember 2011 meldete sich der Versicherte mit dem Hinweis auf eine Schulteroperation sowie wegen Arthrose, Polyarthrit, Diskushernie L3/4, Rheuma, Kopf- und Knieschmerzen und Schlaflosigkeit erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 73). Die IVB holte verschiedene medizinische Unterlagen ein (act. II 76, 80; Akten der IV [act. IIA] 84, 88, 90, 94, 98 f.), veranlasste eine orthopädisch-psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 7. Januar 2013; act. IIA 103.1) und stellte mit Vorbescheid vom 31. Mai 2013 (act. IIA 106) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Sie erwog hauptsächlich, es liege keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes vor, weshalb auf die Beurteilung in der Verfügung vom 29. Oktober 2010 (act. II 65) weiterhin abgestellt werden könne. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand (act. IIA 107) fest und wies das Rentenbegehren mit Verfügung vom 8. November 2013 ab (act. IIA 116).

**C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 11. Dezember 2013 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 8. November 2013 und die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2014 schliesst 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 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** Angefochten ist die Verfügung vom 8. November 2013 (act. IIA 116). 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**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2.2** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, wel-

che durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psychosozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.2.3** 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, entscheidet 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 mehrjähri-

ger, 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 Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den IV-Grad 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). 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; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**2.5** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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 zurzeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 8. Dezember 2011 (act. II 73) eingetreten. Die Eintretensfrage ist somit nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Folgend ist durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er der Verfügung vom 29. Oktober 2010 (act. II 65) zu Grunde lag, und demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. November 2013 (act. IIA 116) zu prüfen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den erheblichen Tatsachen eingetreten ist (E. 2.5 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 29. Oktober 2010 (act. II 65) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Beurteilung vom 9. September 2008 (act. II 42). Interdisziplinär wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F 32.11) mit/bei somatoformer/psychogener Schmerzkomponente diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachterinnen die Diagnosen einer geringgradig aktiven seronegativen Spondylarthropathie (ICD-10 M 13.9) und eines rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms (ICD-10 M 54.5; S. 4 Ziffer 5).

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, schilderte aus psychiatrischer Sicht, der Versicherte sei im Zeitpunkt der klinischen Untersuchung affektiv deutlich limitiert gewesen, habe in Form von formalen Denkstörungen gewisse kognitiv-mnestische Einbussen präsentiert und deutliche psychomotorische Hemmungen aufgewiesen (S. 1). Die depressive Episode müsse zurzeit als unbehandelt betrachtet werden; weder sei bis dato eine angemessene psychopharmakologische Behandlung noch eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet worden (S. 2).

Aus rheumatologischer Perspektive gab Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, bezüglich der diagnostizierten Spondarthropathie zusammenfassend an, im Untersuchungszeitpunkt habe bei unauffälligen klinischen Befunden nur eine geringe Entzündungsaktivität vorgelegen, dies unter suboptimaler medikamentöser Therapie. Bezüglich der angegebenen lumbal lokalisierten Rückenschmerzen hielt sie fest, weder Anamnese noch Schmerzcharakter wiesen in Richtung eines entzündlichen axialen Geschehens hin. Die klinische Untersuchung habe einzig einen lumbalen Reklinationsschmerz bei unauffälligem Bewegungsverhalten der weiteren Wirbelsäulenabschnitte und bei normalem neurologischem Status gezeigt. Eine klinische Relevanz der früher nachgewiesenen lumbalen Diskushernie könne daher ausgeschlossen werden. Für die angegebenen vom Nacken aufsteigenden Kopfschmerzen finde sich ebenfalls kein eindeutiges somatisches Korrelat. Aufgrund der Anamnese sei es wahrscheinlich, dass es sich um Spannungskopfschmerzen handle, obwohl die klinische Untersuchung keine entsprechenden myofaszialen Befunde gezeigt habe (S. 3).

Zum Zumutbarkeitsprofil gaben die Gutachterinnen an, aus rheumatologischer Sicht seien keine andauernden leistungsrelevanten Störungen feststellbar. Eine angepasste Tätigkeit, die nicht stehend und gehend zu verrichten sei und kein repetitives Arbeiten Über-Schulter-Niveau beinhalte (vgl. S. 3), sei diesbezüglich vollumfänglich (zu 100%) zumutbar. Psychiatrisch liege eine Leistungsminderung von 50% innerhalb eines vollschichtigen Pensums vor. Eine vollständige Limitiertheit ergebe sich zudem für jede Tätigkeit, die grosse Verantwortung (Automechaniker) und grosse Ansprüche an die Konzentrationsfähigkeit mit sich bringe (S. 4).

**3.3** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 8. November 2013 (act. IIA 116) liegen insbesondere folgende Berichte zu Grunde:

**3.3.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, teilte im Verlaufsbericht vom 15. April 2012 (act. IIA 84) mit, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 29. Oktober 2010 (erstmalige Leistungsverweigerung) verschlechtert. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er chronische Polyarthrit, eine Depression, eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung, AC-Arthrose beidseits und einen Sta-

tus nach Operation eines Impingements links mit schlechtem Resultat. Insbesondere führte er aus, die Verschlechterung sei langsam progredient und bestünde vor allem seit dem 31. August 2011 (Operation der linken Schulter; S. 1 Ziffer 2). Des Weiteren erachtete er höchstens eine teilzeitliche Aktivität in angepasster Tätigkeit (z.B. leichte Hilfsarbeit) als zumutbar (S. 3 Ziffer 2 f.).

**3.3.2** Am 30. November 2012 wurde der Beschwerdeführer bidisziplinär (orthopädisch-psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 7. Januar 2013; act. IIA 103.1).

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte aus orthopädischer Sicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Partialruptur der Subscapularissehne und Subluxation der Bicepssehne sowie Partialruptur der Supraspinatussehne bei Acromioclaviculargelenksarthrose rechts,
- Tendinitis und Partialruptur der Supraspinatussehne mit fettiger Atrophie des Muskelbauchs Grad II nach Goutallier sowie Acromioclaviculargelenksarthrose, Bursitis subacromialis und subdeltoidea links bei Status nach Arthroskopie und offener Subscapularis-Refixation, Bicepstenotomie und -tenodese im August 2011,
- Osteochondrose und Diskusbulging rechts paramedian L1/2 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L2 rechts bei Facettengelenksarthrose sowie Osteochondrose, Diskusbulging L2/3 und L3/4 mit Facettengelenksarthrose und deutlicher Osteochondrose sowie Facettengelenksarthrose L4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L4 rechts und Facettengelenksarthrose L5/S1 und
- Osteochondrose C5/6 und Unkarthrose C5-7 (S. 7 Ziffer 5.1).

Hinsichtlich der geklagten Beschwerden führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ unter anderem aus, die rechten Schulterschmerzen sowie die therapieresistenten lumbalen Schmerzen seien mit den MRI-Befunden zum grössten Teil erklärbar (S. 7 f.), wohingegen die linken Schulterschmerzen nur teilweise mit den objektiven Befunden vereinbar seien. Die Ausstrahlung der Schmerzen in die Zehen II-IV rechts sowie die Asensibilität der Zehen I-IV rechts hätten durch die körperliche Untersuchung nicht bestätigt werden können. Ferner

stellte er fest, bei der gutachterlichen Untersuchung sei eine schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit aufgefallen, obwohl der Proband nicht explizit über Nackenbeschwerden geklagt habe (S. 8). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... von ... und ... betrage bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums 60% (S. 9). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, mit Wechselpositionen (sitzend und stehend), ohne häufig inklinierende, reklinierende sowie rotierende Körperhaltungen und ohne Heben und Tragen von Gegenständen über drei bis fünf Kilogramm seien seit jeher bei voller Stundenpräsenz zu 90% zumutbar, wobei die Restarbeitsunfähigkeit auf vermehrtem Pausenbedarf beruhe (S. 9 Ziffer 5.6). Bezüglich der früheren fachärztlichen Einschätzungen kam Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zum Schluss, das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 42 S. 2 f.) sei unvollständig. Insbesondere seien die angegebenen Rückenschmerzen radiologisch nicht abgeklärt worden und bezüglich der Füsse fehle eine entsprechende Röntgenuntersuchung. Im Gegensatz zu 2008 bestünden nun deutliche degenerative Veränderungen der Schulter, der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS), wobei es fraglich sei, ob nicht bereits vor vier Jahren diesbezügliche Hinweise vorhanden gewesen seien (S. 9 Ziffer 5.7).

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit anhaltender mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F 33.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4; S. 19 Ziffer 5.1). Des Weiteren präzisierte er, neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestünde eine anhaltende mittelgradige depressive Störung als Reaktion vor allem auf die psychosozialen und familiären Probleme. Diese sei als eigenständige depressive Erkrankung anzusehen, womit eine psychische Komorbidität zu bejahen sei. Der Versicherte verfüge zudem nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen, die mit einer zumutbaren Willensanstrengung nur eingeschränkt überwindbar seien. Bezüglich der weiteren Kriterien (vgl. E. 2.2 hiervoor) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, es lägen ein ausgewiesener sozialer Rückzug sowie unbefriedigende Behandlungsergebnisse vor. Hingegen bestünden neben den orthopädisch zu erhebenden Störungen keine weiteren chronischen

körperlichen Begleiterkrankungen und auch ein hoher primärer Krankheitsgewinn sei nicht anzunehmen. Zusammenfassend kam Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht sei eine zumutbare Willensanstrengung zur Verwertung der Restarbeitsfähigkeit anzunehmen (S. 21 f. Ziffer 6.4). Zur Arbeitsfähigkeit fügte er sodann an, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... könne eine 40%-ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum angenommen werden (S. 22 Ziffer 6.6.1). Bei einer angepassten Tätigkeit erachtete er eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum als zumutbar, wobei es sich hierbei um eine Arbeit ohne erhöhte emotionale Belastung, erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), erforderliche geistige Flexibilität, vermehrten Kundenkontakt und auch ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln sollte (S. 23 Ziffer 6.6.2 f.).

Gesamtmedizinisch attestierten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine 40%-ige Arbeitsfähigkeit und in einer leidensangepassten eine solche von 50% (S. 27 Ziffer 8.1 f.).

**3.3.3** Der Beschwerdeführer unterzog sich am 7. Juni 2013 einer klassischen Hämorrhoidektomie und einer Mariskektomie. Im Operations- und Austrittsbericht vom 9. Juni 2013 (act. IIA 110) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, als Diagnose prolabierende Hämorrhoiden Grad IV auf und vermerkte insbesondere einen problemlosen postoperativen Verlauf.

**3.3.4** Im Bericht vom 15. Juli 2013 (act. IIA 111) legte der behandelnde Psychiater Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dar, diagnostisch lasse sich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren feststellen. Zusätzlich nannte er den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F 33.11, F 45.41, F 62.8). Zum Behandlungsverlauf führte er aus, der Patient zeige eindeutig Symptome einer ernsthaften Depression, die trotz Behandlung mit Antidepressiva und 28-täglicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Gespräche keine Verbesserungselemente aufweise. Im Gegenteil scheine sich die Symptomatik sowohl auf somatischer als auch auf psychischer Ebene zu chronifizieren. Nach wie vor bestünde eine deutliche Verminderung der zumutbaren Wil-

lensanstrengung zur Schmerzverarbeitung. Zum jetzigen Zeitpunkt sei der Patient aus psychiatrischer Sicht zu 50% arbeitsunfähig (S. 3).

### **3.4**

**3.4.1** In Bezug auf die somatischen Beeinträchtigungen erfüllt das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2013 (act. IIA 103.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen und erbringt insoweit vollen Beweis (E. 2.4 hier vor). Es basiert auf einer einlässlichen Untersuchung, wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet und berücksichtigt die Angaben des Beschwerdeführers. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ legte schlüssig und nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der objektiven Befunde in einer angepassten Tätigkeit zu 90% arbeitsfähig ist (act. IIA 103.1 S. 9 Ziffer 5.6). Diese Beurteilung findet denn auch im Bericht des RAD-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 11. März 2013 (act. IIA 104 S. 8) seinen Rückhalt und wird durch den Operations- und Austrittsbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2013 (act. IIA 110 S. 1) nicht tangiert, zumal das Hämorrhoidalleiden gemäss Aktenlage nie wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeigte. Darauf ist abzustellen.

**3.4.2** Des Weiteren ist festzuhalten, dass – entgegen den Ausführungen in der Beschwerdeantwort (S. 2 Ziffer 2) – ein Neuanmeldungsgrund vorliegt. Ein Vergleich der unter Erwägung 3.2 und 3.3.2 dargelegten Gutachten zeigt, dass im aktuellen orthopädisch-psychiatrischen Gutachten vom 7. Januar 2013 allein für körperlich leichte Arbeiten (mit gewissen Einschränkungen) eine Arbeitsfähigkeit festgelegt wurde (act. IIA 103.1 S. 28 Ziffer 8.2), während in der interdisziplinären Beurteilung vom 9. September 2008 noch eine mittelgradig belastende Tätigkeit als zumutbar erachtet worden ist (act. II 42 S. 3). Zudem führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ explizit aus, im Gegensatz zum Jahre 2008 bestünden nun deutliche degenerative Veränderungen der Schultern, der HWS sowie der LWS (act. IIA 103.1 S. 9 Ziffer 5.7). Da – wie Dr. med. F.\_\_\_\_\_ darlegte (act. IIA 103.1 S. 9 Ziffer 5.7) – im rheumatologischen Gutachten vom 22. September 2008 (act. II 42 S. 2) verschiedene bildgebende Untersuchungen nicht durchgeführt wur-

den, ist mangels genügender Vergleichsgrundlage jedenfalls nicht erstellt, dass es sich vorliegend allein um eine revisions- resp. neuanmeldungsrechtlich unbeachtliche andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372). Damit ist seit der erstmaligen Leistungsverweigerung (Verfügung vom 29. Oktober 2010; act. II 65) eine Veränderung in der gesundheitlichen Situation eingetreten, welche grundsätzlich einen Rentenanspruch begründen könnte. In Anbetracht dessen, dass ein einziger Neuansmeldungsgrund ausreicht (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200), ist der IV-Grad frei zu prüfen (E. 2.5 hier- vor).

**3.4.3** In psychiatrischer Hinsicht erfüllt das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2013 die Anforderungen an eine Expertise nur bezüglich der Diagnosestellung (act. IIA 103.1 S. 19 f.; E. 2.4 hier- vor), die im Wesentlichen mit derjenigen des behandelnden Psychiaters vom 15. Juli 2013 (act. IIA 111 S. 3) übereinstimmt. Der vom behandelnden Psychiater zusätzlich diagnostizierte Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung (act. IIA 111 S. 3) ist nicht nachvollziehbar, zumal er in keiner Art und Weise begründet oder mit entsprechenden Befunden belegt wurde. Da im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221), ist die entsprechende Diagnose des behandelnden Psychiaters vorliegend nicht weiter zu beachten.

Zu prüfen bleibt, ob die aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% rechtlich zu berücksichtigen ist (act. IIA 103.1 S. 23 Ziffer 6.6.2). Hierzu fallen vorab verschiedene Widersprüche in der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auf (act. IIA 103.1 S. 10 ff. Ziffer 6). So legte er einerseits dar, der Versicherte verfüge nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen, die mit einer zumutbaren Willensanstrengung nur eingeschränkt überwindbar seien, andererseits kam er in der gleichen Erwägung zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht sei trotz der anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung eine zumutbare Willensanstrengung zur Verwertung der Restarbeitsfähigkeit anzunehmen (act. IIA 103.1 S. 21 f. Ziffer 6.4). Des Weiteren kongruiert dieses Schluss-

fazit nicht mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50% in einer angepassten Tätigkeit (act. IIA 103.1 S. 23 Ziffer 6.6.2), schliessen sich doch diese Aussagen gegenseitig aus. In diesem Zusammenhang sind auch die Ausführungen zur Frage, ob vorliegend psychosoziale Faktoren überwiegen oder ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt, nicht überzeugend resp. nicht verständlich. Denn Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bejahte ohne eingehende Begründung das Bestehen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert, obwohl er ebenso erhebliche psychosoziale Faktoren nannte (Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, familiäre Probleme, soziale Isolation, mangelnde Sprachbeherrschung mit Verdacht auf mangelnde Integration; act. IIA 103.1 S. 24 f. Ziffer 6.10 lit. a) und nahm weiter an, als Reaktion vor allem auf die psychosozialen und familiären Probleme bestünde eine anhaltende mittelgradige depressive Störung (act. IIA 103.1 S. 21 Ziffer 6.4; vgl. E. 2.2.2 hiervor). Mangels Ausführungen im Gutachten ist – nebst der Frage der Überwindbarkeit – weiter nicht klar, ob die angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf der ebenfalls diagnostizierten mittelgradigen Depression (act. IIA 103.1 S. 19 f.) beruht oder auf beiden diagnostizierten psychischen Gesundheitsschäden. Zudem ist nicht schlüssig ausgeführt worden, ob die Depression – wie der behandelnde Psychiater annimmt (act. IIA 111 S. 3) – als selbstständiger Gesundheitsschaden zu betrachten ist oder ob es sich dabei bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt. Die Beantwortung der Frage, ob mit dem depressiven Geschehen ein eigenständiger Gesundheitsschaden vorliegt oder nicht, ist insofern relevant, als nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass der diagnostizierten anhaltenden mittelgradigen Episode (act. IIA 103.1 S. 19 Ziffer 5.1 lit. a) invalidisierende Wirkung zukommen kann (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Juli 2012, 9C\_210/2012, E. 3.1), auch wenn dies bei mittelgradigen depressiven Episoden nach ICD-10 F 33.1 regelmässig nicht der Fall ist (Entscheid des BGer vom 23. Januar 2013, 9C\_605/2012, E. 3.3); dies abgesehen davon, dass hier nicht klar ist, ob es sich um ein reaktives Geschehen handelt.

**3.5** Nach dem Gesagten ist eine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs aufgrund der derzeit in psychiatrischer Hinsicht vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht möglich. Die IVB, an welche die Akten in Gutheissung des Rückweisungsantrags in der Beschwerde zurückzuwei-

sen sind, hat die entsprechenden Abklärungen im Sinne der vorgenannten Erwägung vorzunehmen und anschliessend neu zu verfügen. Sie wird dabei auch der Frage des Status nachzugehen haben (vgl. BGE 125 V 146 E. 2c S. 150), hat der Versicherte doch seit 1998 in einem Teilzeitpensum gearbeitet (act. II 16 S. 2 Ziffer 9, 77 S. 3), während in der Beschwerde (S. 3 Art. 2) erst ab dem Jahr 2004 Schmerzen im Bereich der Schulter und Armgelenke geltend gemacht wurden resp. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 7. September 2006 erstmals ab Mai 2006 eine gesundheitsbedingte Einschränkung attestierte (act. II 2 S. 1).

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Mit angemessener Kostennote vom 6. März 2014 hat Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 2'250.-- sowie Auslagen von Fr. 38.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 183.-- geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'471.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. November 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'471.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt eingereichten Akten)
  - IV-Stelle Bern (samt eingereichten Akten)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

**Hinweis:** *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

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.