

200 13 936 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Oktober 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2004 unter Hinweis auf die Folgen eines distorsionellen Traumas des linken Kniegelenks bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 7/33 f.). Nach Einholung der Akten der Unfallversicherung (AB 7, 13 ff., 34) sowie eigenen erwerblichen (AB 9, 11, 16) und medizinischen Abklärungen (AB 9, 17, 20 ff.), in deren Rahmen insbesondere ein psychiatrisches Gutachten durchgeführt wurde (Gutachten vom 29. Januar 2006; AB 31), verfügte die IVB am 22. Februar 2006 die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 33). Auf Einsprache (AB 37, 43/20 i.V.m. 41) und Beschwerde (AB 43/2 ff.) hin wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. September 2006, IV 66929, die Sache an die IVB zurück zur umfassenden medizinischen (psychischen und somatischen) Abklärung (AB 46). Nach einer interdisziplinären (psychiatrischen und rheumatologischen) Begutachtung im März/April 2007 (Gutachten vom 3./4./18 April 2007; AB 51 f.) verfügte die IVB am 17. Juli 2007 entsprechend dem Vorbescheid (AB 53) bei einem Invaliditätsgrad von 30% die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 57). Diese Verfügung blieb unangetroffen.

B.

Im Januar 2010 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 58), dies insbesondere aus psychiatrischen Gründen (vgl. AB 62 f.). In der Folge holte die IVB diverse medizinische und erwerbliche Unterlagen ein (AB 64 ff.). Ab Februar 2012 konnte der Versicherte als ... zu 10% eingegliedert werden (AB 81). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 97 f.) wurde eine interdisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Verlaufsbeurteilung durchgeführt (Gutachten vom 7. Juni 2013; AB 103.1, 104, 105.1). Gestützt auf dieses Gut-

achten stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Juli 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 30% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 107). Auf Einwand hin (AB 115) verfügte die IVB am 10. Oktober 2013 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 116).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 24. Oktober 2013 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen seien die Akten an die Vorinstanz zur Bestimmung des Invaliditätsgrades im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Gleichzeitig ersuchte er um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B._____ als amtlicher Anwalt. Zur Beschwerdebegründung liess er im Wesentlichen vorbringen, nur die aktuell ausgeführte Arbeitstätigkeit (...) sei gemäss dem Verlaufsgutachten zu ca. 70% zumutbar, eine andere Arbeit, wo engere mitmenschliche Kontakte vorausgesetzt seien, hingegen bloss zu ca. 50%. Aufgerechnet auf ein 70%-Pensum betrage sein (effektives) Monatseinkommen Fr. 2'767.--, wogegen die Beschwerdegegnerin von einem (jährlichen) Invalideneinkommen gemäss Tabellenlohn von Fr. 62'270.-- (100%) ausgegangen sei und bei diesem ein Pensum von 70% berücksichtigt habe. Da es sich bei der aktuell ausgeübten (angepassten) Arbeit um eine einigermaßen geschützte Tätigkeit handle, dürfe nicht auf Tabellenlöhne abgestellt werden, und wenn doch, dann höchstens für ein Pensum von 50%.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 29. Dezember 2014 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B._____ als amtlicher Anwalt gut. Aufforderungsgemäss reichte Letzterer am 13. Januar 2015 seine Kostennote ein.

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 10. Oktober 2013 (AB 116). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. 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, welche 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 (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; 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-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

2.5 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).

2.6

2.6.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades 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]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.6.2 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 Invaliditätsgrades 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 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 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).

2.6.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob sie zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder andere Dauerleistungen gilt es somit zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2007 (AB 57) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2013 (AB 116) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiavor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter

Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Die Verfügung vom 17. Juli 2007 (AB 57) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem interdisziplinären Gutachten der Dres. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und D. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, vom 3./4./18 April 2007 (AB 51 f.).

3.2.1 Im psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 3. April 2007 (AB 51/1 ff.) wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), eine episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0), ein Status nach Gefängnisaufenthalt (ICD-10 Z65.1) und Schwierigkeiten bei der kulturellen Integration (ICD-10 Z60.3) diagnostiziert (AB 51/7 lit. B). Im Vordergrund stehe die somatoforme Überlagerung der Schmerzen. Beim Beschwerdeführer habe sich seit Jahren ein Schmerzsyndrom aufgebaut, welches im linken Knie entstanden sei und sich später auf den ganzen Körper ausgedehnt habe. Seit 2005 lebe er alkoholabstinent, doch habe sich eine Suchtverlagerung (mit vier Pack Zigaretten pro Tag) eingestellt. Seine Lebensführung habe sich insgesamt kompliziert; er lebe sozial teilweise zurückgezogen, befürchte die Trennung von der Ehefrau und fühle sich unwohl. Die entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten seien keiner eindeutigen psychischen Krankheit zuzuordnen, sie seien Teil der schwierigen Lebensbedingungen (AB 51/8). Er zeige Hinweise dafür, dass er die Schmerzen überwinden könne; dabei werde er durch ungünstige krankheitsfremde Faktoren eingeschränkt. Gegen die vollständige Überwindbarkeit der Schmerzen spreche nebst der depressiven Störung, dass sich die Ressourcen reduziert hätten, es habe sich ein ungünstiges Gesamtbild entwickelt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht dürfte 30% betragen (AB 51/9).

3.2.2 Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte ein leichtgradiges Reizknie links und ein panvertebrales Schmerzsyndrom. Die bildgebenden und die klinischen Befunde stünden in deutlichem Gegensatz zum geklag-

ten Schmerzausmass. Nach vier chirurgischen Eingriffen und minimalen degenerativen Zeichen am medialen Kompartiment sei eine leichte Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenks nachvollziehbar, "die allerdings bei einer stabilen Psyche weggesteckt werden könnte". Für die geklagten Nacken- und Rückenschmerzen gäbe es keine somatische Erklärung (AB 52/11). Eine Leistungsminderung von bis zu 20% für Arbeiten mit erheblicher Kniebelastung könne nicht ausgeschlossen werden; für Arbeiten ohne erhebliche Kniebelastung sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (AB 52/12 f.).

3.2.3 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung vom 18. April 2007 stellten die Gutachter auf die psychiatrischen Gesichtspunkte ab (AB 51/14, 52/14).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2007 (AB 57) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Vom 7. Januar bis 4. März 2009 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik G._____. Dabei wurden der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven Medikamenten (ICD-10 F10.23), ein Nikotinabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) diagnostiziert (AB 67/5). Im Laufe der Hospitalisation hätten sich Anhaltspunkte einer posttraumatischen Belastungsstörung abgezeichnet. Nur wenige Wochen nach einer Schiesserei im Jahre ... seien bereits während des Gefängnisaufenthalts die hierfür typischen Merkmale wie rezidivierendes Erleben des Traumas in Träumen, Vigilanzsteigerung, gesteigerte Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und vegetative Übererregtheit mit ausgeprägtem Zittern am ganzen Körper aufgetreten. Nach der Haftentlassung seien diese Symptome mit Hilfe eines massiven Alkoholabusus unterdrückt worden, seit der 2005 begonnenen Alkoholabstinenz jedoch immer intensiver aufgetreten. Fortan habe er soweit möglich das Verlassen der eigenen vier Wände vermieden und habe Ängste, insbesondere auch agoraphobische, entwickelt (AB 67/7). Eigenen Ausführungen zufolge leide

er an wiederkehrenden Panikattacken, welche insbesondere bei grösseren Menschenansammlungen auftraten. Er fühle sich zunehmend von anderen Menschen beobachtet und verfolgt (AB 67/5 unten).

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, übernahm mit Schreiben vom 17. Februar 2010 (AB 63) und Bericht vom 16. April 2010 (AB 67) im Wesentlichen die in der Klinik G._____ gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.3.1 hiavor) und wies auf eine Verschlechterung insbesondere der psychischen Situation in den letzten drei Jahren hin, die nicht unbedingt gefördert worden sei durch wiederholte Frustrationen. Es habe ein massiver Nikotinabusus bestanden und das Essverhalten sei völlig gestört (massive Gewichtszunahme) gewesen. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer Kopf-, Rücken- und Knieschmerzen angegeben, die aber nicht im Vordergrund gestanden hätten.

Den Berichten vom 9. Januar (AB 74) und 5. Dezember 2012 (AB 95) zufolge blieb der Gesundheitszustand seither stationär. Dr. med. E._____ bezeichnete den Verlauf insgesamt als doch sehr erfreulich, da der Beschwerdeführer nach wie vor alkohol- und mittlerweile auch nikotinabstinent sei. Unter Xenical habe sich das Körpergewicht reduziert. Ein Arbeitsversuch sei sehr positiv verlaufen. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar; ein Einsatz als ... sei in einem Pensum von (höchstens) 50% (andauernd) zumutbar.

3.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in den Berichten vom 15. April 2010 (AB 68), 26. Januar 2012 (AB 76) und 6. Dezember 2012 (AB 93) eine mittelschwere Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.10), eine somatoforme anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1). Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit erwachsen hauptsächlich aufgrund der psychiatrischen Symptomatik, nämlich der depressiven Erkrankung einerseits und der phobischen Störung andererseits. Während er anfänglich noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (AB 68/3 Ziff. 1.7), erachtete er aufgrund einer zwischenzeitlich leichten Besserung des Gesundheitszustands (AB 76/1 Ziff. 3) die bisherige Tätigkeit aus körperlichen Gründen

zwar nicht mehr als möglich, wohl aber die Tätigkeit als ... im Umfang von 50% (dies langfristig und seit 2011; AB 76/2 Ziff. 2, 93/3 Ziff. 1).

3.3.4 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 7. Juni 2013 (AB 103.1) wurden eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), eine depressive Episode, grossteils remittiert (ICD-10 F32.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gebessert (ICD-10 F45.4) und familiäre Probleme (ICD-10 Z59/Z63) diagnostiziert. Da der Beschwerdeführer eine regelmässige Tagesgestaltung führe, teilzeitig arbeite und Auto fahre, sei die Depressivität nicht in bedeutendem Ausmass vorhanden. Die Aufgabe des Alkoholkonsums habe sich günstig ausgewirkt. Die Schmerzstörung habe sich abgeschwächt. Obwohl er weiterhin Schmerzen in diversen Körperteilen angebe, seien die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur noch in geringem Ausmass vorhanden. Die Symptomatik sei insgesamt nicht mehr relevant, so dass die Kriterien eines syndromalen Beschwerdebildes nicht zum Zuge kämen. Während die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen sowie die Depressivität zurückgegangen seien und keinen wesentlichen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit hätten, habe sich die Agoraphobie mit Panikstörung verstärkt und wirke sich entsprechend negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die aktuelle Arbeitstätigkeit sei günstig, da er nicht in einem engen mitmenschlichen Kontakt sein müsse und grossteils selbstständig agieren könne. Unter diesen günstigen Voraussetzungen könne er eine ca. 70%ige Arbeitsfähigkeit erreichen. Eine andere Arbeit, wo engere mitmenschliche Kontakte vorausgesetzt seien, sei ihm zu ca. 50% zumutbar. Er werde am besten Arbeiten ausüben, bei deren Verrichtung er selbstständig sein könne; Arbeiten mit sehr intensiven mitmenschlichen Kontakten seien kaum empfehlenswert (AB 103.1/8 ff.).

Da sich die körperliche Situation seit der Begutachtung im Jahr 2007 nicht verändert hatte (vgl. rheumatologisches Verlaufsgutachten; AB 105.1), wurde im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (mit Ausnahme von Tätigkeiten mit starker Kniebelastung; vgl. schon E. 3.2.2 hiavor) auf die psychiatrischen Gesichtspunkte abgestellt (AB 104).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.5

3.5.1 Das interdisziplinäre Verlaufsgutachten (AB 103.1 ff.) erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 erster Abschnitt hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.4 zweiter Abschnitt hiervor). In nachvollziehbarer Weise und übereinstimmend mit den Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.3.2 f. hiervor) wird ausgeführt, dass vorwiegend psychische Beeinträchtigungen bestehen und sich die psychosomatische Überlagerung zurückgebildet hat (AB 103.1/10 Ziff. 1). Dem Gutachten zufolge wirkt sich dabei nur noch die Agoraphobie mit Panikstörung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus, nicht (mehr) hingegen die Depression (AB 103.1/10 Ziff. 2). Aufgrund der Feststellungen des Gutachters, wonach sich der Beschwerdeführer selber nicht (mehr) depressiv verstimmt erachtet, dieser eine regelmässige Tagesgestaltung führt, teilzeiterwerbstätig ist und Auto fährt (AB 103.1/8), erscheint die Diagnose einer mittelschweren Depression durch den behandelnden Psychiater (vgl. E. 3.3.3 hiervor) nicht nachvollziehbar (vgl. auch AB 103.1/12 unten). Dies vermag zu erklären, warum die behandelnden Ärzte namentlich in Bezug auf die aktuell ausgeführte und sehr gut angepasste Tätigkeit als ... von einer tiefe-

ren Arbeits- und Leistungsfähigkeit (50%; vgl. E. 3.3.2 f. hiervor) ausgehen als die Gutachter (70%; vgl. E. 3.3.4 hiervor); kommt hinzu, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Nach dem Ausgeführten ist damit von der Zumutbarkeit einer angepassten, eher selbstständig auszuführenden Tätigkeit mit nicht zu intensivem Kontakt mit den Mitmenschen im Umfang von 70% auszugehen. Nach Meinung der Gutachter können durch genügende Medikamenteneinnahme die Ängste gemildert und die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (AB 103.1/10 f.). Einzig Arbeiten mit engen mitmenschlichen Kontakten sind bloss zu ca. 50% zumutbar (AB 103.1/9 unten). Dieses Zumutbarkeitsprofil ist unter den Parteien nicht weiter umstritten.

3.5.2 Hinsichtlich des psychiatrischen Verlaufsgutachtens (vgl. E. 3.3.4 hiervor) kann ergänzend festgestellt werden, dass sich die Verhältnisse seit der Erstbegutachtung (vgl. E. 3.2.1 hiervor) bzw. das aus damaliger Sicht die Ressourcen beeinträchtigende "ungünstige Gesamtbild" (AB 51/9 Mitte) insoweit verbessert haben, als Dr. med. E. _____ im Bericht vom 9. Januar 2012 hinsichtlich der vom Beschwerdeführer willensmässig erreichten dauerhaften oder vorübergehenden Einstellung bzw. Reduktion seines Suchtverhaltens (Alkohol, Nikotin, Essen) sowie der Erlangung des Fahrausweises mit dem Ziel, eine Tätigkeit als ... aufzunehmen, von einem "doch sehr erfreulichen Verlauf" berichtet (AB 74/1 Ziff. 3). Das lässt den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer über Willenskräfte verfügt, welche es ihm – bei Weiterführung von adäquaten medikamentösen und psychotherapeutischen Massnahmen – grundsätzlich ermöglichen, seine Schmerzen und daraus abgeleiteten phobischen Verhaltensauffälligkeiten (Agoraphobie mit Panikstörung) zu überwinden. Insoweit erweist sich auch die vom psychiatrischen Gutachter mit Blick auf eine längere Arbeitstätigkeit gestellte günstige Prognose (vgl. E. 3.3.4 hiervor) als schlüssig. Dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, sein Verhalten willensmässig zu steuern, kann auch aus dem Umstand abgeleitet werden, dass er beispielsweise seine nächtlichen Duschzwänge aus Rücksicht gegenüber den Nachbarn unterbindet (vgl. dazu AB 103.1/5 unten). Die Frage, ob die vom Gutachter trotz der seit der letzten Begutachtung eingetretenen Verbesserung aus psychiatrischer Sicht weiterhin attestierte 30%ige Einschränkung der Ar-

beitsfähigkeit aufgrund dieser Feststellungen auch von sozialversicherungsrechtlicher Relevanz ist (vgl. E. 2.2 hiervor), braucht vorliegend in Anbetracht der nachstehenden Überlegungen (vgl. E. 4 nachfolgend) nicht beantwortet zu werden.

3.6 Damit hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgebenden Vergleichszeitraum dahingehend verändert, als nicht mehr psychosomatische, sondern nunmehr vorwiegend psychische Beeinträchtigungen und hierbei nicht mehr die Depression, sondern die Agoraphobie mit Panikstörung die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage (vgl. E. 2.6 hiervor).

4.

4.1 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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbs-

tätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn ("Total") für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer stimmt der Beschwerdegegnerin in der Beschwerde, S. 4 Lemma 4, insoweit zu, als beim Valideneinkommen auf den LSE-Tabellenlohn im Total des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen ist. Dagegen ist nichts einzuwenden, wurde doch die seinerzeitige Arbeitgeberin infolge Todesfalls des Geschäftsinhabers liquidiert (vgl. AB 11/3 Ziff. 28); die Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgte somit aus gesundheitsfremden Gründen. Das Valideneinkom-

men ist unter diesen Umständen anhand der Tabellenlöhne der LSE zu ermitteln. Entsprechend ist das Valideneinkommen aufgrund der LSE 2010, Tabelle TA1, Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer, Total, zu bestimmen, da dieser breite Wert den überwiegend wahrscheinlich erzielten Lohn wiedergibt.

4.3.2 Umstritten ist einzig das von der Beschwerdegegnerin ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne für einfache und repetitive Tätigkeiten berechnete Invalideneinkommen. Der Beschwerdeführer hat zwar eine Verweistätigkeit aufgenommen, dies aber nicht im zumutbaren Pensum (bloss 10% statt 70%). In diesem Zusammenhang ist nicht anzunehmen, dass er dieses Pensum auf 70% aufstocken könnte (vgl. AB 94/2), weshalb eine Aufrechnung seines tatsächlich erzielten Verdienstes nicht möglich ist. Das hat zur Folge (vgl. E. 4.2 hiervor), dass auch das Invalideneinkommen aufgrund der gleichen statistischen Zahlen der LSE wie das Valideneinkommen (vgl. E. 4.3 hiervor) zu bestimmen ist. Aufgrund des medizinischen Zumutbarkeitsprofils sind dem Beschwerdeführer eher selbstständig auszuführende Tätigkeiten mit nicht zu intensiven Kontakten zu Mitmenschen 70% zumutbar (vgl. E. 3.5.1 hiervor). Diesen Anforderungen entsprechen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4 oben) auch viele Hilfstätigkeiten; namentlich werden für viele repetitive und einfache Tätigkeiten an Maschinen im Rahmen von Produktionsprozessen wenig menschliche Kontakte vorausgesetzt. Entsprechend vermag er in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70% (und nicht von 50%) zu verwerten.

4.3.3 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.2 zweiter Abschnitt hiervor) verzichtet, denn hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009,

8C_42/2008, E. 5), während der behinderungsbedingten Einschränkung mit der reduzierten Arbeitsleistung von 70% genügend Rechnung getragen ist. Somit ergibt sich vorliegend bei Annahme einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 4.3.2 hiervor) ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) von maximal 30%.

4.3.4 Selbst wenn vorliegend dem Valideneinkommen gemäss LSE 2010, Tabelle TA1, Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer, Total, von Fr. 58'812.-- (12 x Fr. 4'901.--) ein einer optimal angepassten (...-) Tätigkeit entsprechendes (spezifischeres) Invalideneinkommen gemäss Tabelle TA1, Niveau 4, Männer, Total Zeilen 49 - 52 (...) bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% im Betrag von Fr. 40'101.60 (12 x 4'774.-- x 0.7) gegenüber gestellt würde, würde noch immer ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von (gerundet) 32% resultieren.

4.4 Da selbst im für den Beschwerdeführer besten Fall (vgl. E. 4.3.4 hiervor) keine invaliditätsbegründende Erwerbseinbusse resultiert, ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde 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 Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Vorliegend werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.

Aufgrund der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss prozessleitender Verfügung vom 29. Dezember 2014 ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008

(ZPO; SR 272) – von der Pflicht zur Zahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

5.2 Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

5.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

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 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 Rechtspflege 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.--.

Entsprechend der angemessenen Kostennote vom 13. Januar 2015 wird das amtliche Honorar von Fürsprecher B. _____ auf Fr. 2'884.-- (14.42 Stunden à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 29.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 233.05, somit auf total Fr. 3'146.25, festgesetzt. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 23 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. 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.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Dem amtlichen Anwalt, Fürsprecher B. _____, wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'146.25 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - 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.