

200 14 1005 IV  
LOU/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Dezember 2015**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. September 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 7. August 2000 unter Hinweis auf Kopfschmerzen und ein Rückenleiden bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II], 1). Diese wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. Oktober 2000 (act. II 12) ab.

Nach einer Neuanschuldung vom 4. Juni 2007 (act. II 16) wegen Beschwerden im Nachgang zu einer Diskushernien-Operation verneinte die IVB mit Verfügung vom 14. August 2008 (act. II 40) einen Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen.

Am 30. März 2009 gelangte der Versicherte erneut an die IVB und wies auf ein nunmehr therapieresistentes Rückenleiden hin (act. II 42), worauf diese gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (act. II 56.1-56.5, 61) einen Invaliditätsgrad von 40 % ermittelte und mit Verfügung vom 21. Juni 2010 (act. II 70) ab 1. April 2010 eine Viertelsrente zusprach.

### **B.**

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte der Versicherte eine Gesundheitsverschlechterung geltend (act. II 75). Basierend auf einem daraufhin eingeholten neurologischen Gutachten (Akten der IVB [act. IIA], 113.1) sowie einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 119) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 10. Oktober 2013 (act. IIA 120) bei einem unveränderten Invaliditätsgrad die Abweisung des Gesuchs um Rentenerhöhung in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. IIA 123, 126) liess die IVB das neurologische Gutachten ergänzen (act. IIA 142) und verneinte nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 144) mit Verfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 152) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf eine höhere Invalidenrente.

## **C.**

Mit Eingabe vom 23. Oktober 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 152). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenren-

te und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht keine höhere als die bisherige Viertelsrente gewährte.

**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** 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.

**2.3** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.3.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen

(oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

**2.3.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.3.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

### **3.**

**3.1** Zu prüfen ist, ob im Vergleich zur rechtskräftigen Rentenverfügung vom 21. Juni 2010 (act. II 70) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 152) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hievor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht basierte die ursprüngliche Verfügung (act. II 70) auf dem polydisziplinären Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 9. Februar 2010 (act. II 56.1-56.4) samt Ergänzung vom 5. März 2010 (act. II 61). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (act. II 56.1/24 Ziff. 6.1):

1. Inkomplettes, rechts- und distal betontes Querschnittssyndrom (ICD-10: G82.4) und chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) bei
  - progredienter Kyphoskoliose

- Schwäche der Wirbelsäule stabilisierenden Muskulatur
  - leichtgradiger degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren Brustwirbelsäule (BWS)
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig in Teilremission (ICD-10: F33.4)

Die Gutachter erklärten unter anderem, im Februar 2007 habe sich eine bein- und rechtsbetonte Tetraspastik bei grosser paramedianer rechts-rezessaler Diskushernie in Höhe der Halswirbelkörper (HWK) 5/6 mit Zeichen einer Myelopathie entwickelt. Am 1. März 2007 habe sich der Explo- rand einer notfallmässigen Operation in Form einer ventralen Mikrodiskek- tomie ebendort mit Einlage eines «Titan-Cages» unterzogen. Die thorako- lumbalen Beschwerden seien am ehesten auf die Fehlhaltung des Rückens bei inkompletem Querschnittssyndrom und daraus resultierenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zurückzuführen. Eine Einschrän- kung der rechten Hand hinsichtlich Kraft und Motorik sowie die rechtsbe- tonnte spastische Paraparese mit begleitender Stand- und Gangunsicherheit seien Folge der grossen Diskushernie. Die Schmerzen am Zeige- und Mit- telfinger der rechten Hand würden als neuropathische Schmerzen im Zu- sammenhang mit den Rückenmarksläsionen interpretiert. Prognostisch dürften die Wirbelsäulenfehlform und auch die degenerativen Veränderun- gen über die nächsten Jahre weiter zunehmen, was wahrscheinlich mit einer Beschwerdezunahme und weiteren Verminderungen der Wirbelsäu- lenbelastbarkeit einhergehen werde (act. II 56.1/25 ff. Ziff. 7.1). Sie attestierten eine 60%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestamm- ten Beschäftigung, wobei diese Tätigkeit bereits den körperlichen Be- schwerden angepasst worden sei. Das aktuell ausgeübte Arbeitspensum von 60 % komme aufgrund einer sehr hohen Arbeitsmotivation sowie der Angst um einen möglichen Arbeitsplatzverlust zustande und stelle die Obergrenze des Leistungsvermögens dar. Aus prognostischer Sicht sei mit einem Absinken der Arbeitsfähigkeit auf 50 % innerhalb der nächsten zwei Jahre zu rechnen (act. II 56.1/27 Ziff. 7.2). Für alle körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne häufige Rumpfrotationen, ohne Lastenhandhabung oberhalb von zwei Kilo- gramm, sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig. Aufgrund der eingeschränk- ten Motorik der rechten Hand sollten keine Arbeiten mit Absturzgefahr, Fremd- oder Eigengefährdung sowie erhöhten Anforderungen an die Fein-

motorik der Hände ausgeübt werden. Es sollte eine Toilette in kurzer Distanz zur Verfügung stehen (act. II 56.1/27 f. Ziff. 7.3).

**3.3** Die angefochtene Revisionsverfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 152) stützt sich auf eine neurologische Expertise des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2013 (act. IIA 113.1) mit Ergänzung vom 22. Juli 2014 (act. IIA 142) sowie Stellungnahmen des RAD (act. IIA 119, 128, 144).

**3.3.1** Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, stellten (mit Unterstützung der Assistenzärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_) die nachstehende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 113.1/19 Ziff. 4.1):

Inkomplettes, rechts- und distal betontes Querschnittssyndrom und chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom mit/bei:

- Status nach grosser rechtsseitiger Diskushernie auf Höhe HWK 5/6 mit Myelonkompression mit Status nach ventraler Mikrodiskektomie und Einlage eines «Titan-Cages» am 1. März 2007
- Status nach neuer Diskushernie auf Höhe HWK 4/5 mit Kompression der Wurzel C5 links, ohne Myelopathie, mit Mikrodiskektomie und Einlage eines «Titan-Cages» am 4. März 2011
- klinisch: Motorische rechtsbetonte Paresen sub C5/6, segmentale, sensorisch betonte Ausfallserscheinungen auf Höhe C7 rechts, Dissoziierte Sensibilitätsstörung sub Th7/8, Miktions-/Stuhl-Urge-Symptomatik

Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gab an, die Beschwerden seien erstmals im Rahmen der grossen rechtsseitigen Diskushernie auf Höhe HWK 5/6 aufgetreten. Es imponierten sensomotorische Defizite. Seitens des motorischen Niveaus auf ehemaliger Läsionshöhe bestehe seit dem Indexereignis eine im Wesentlichen stabile und unveränderte Symptomatik. Es sei ein Unterschied vom motorischen zum sensiblen Niveau vorhanden; letzteres zeige sich zehn Etagen tiefer mit einer dissoziierten Sensibilitätsstörung und mit nun über Monate stabilem Niveau sub Th7/8. Des Weiteren sei eine Miktions-/Stuhl-Urge-Symptomatik vorhanden und es bestehe ein segmentaler sensorisch betonter Ausfall auf Höhe C7 rechts. Es lasse sich eine Kyphoskoliose objektivieren und der Explorand schildere chronische thorakolumbale Schmerzen. Die motorischen Ausfälle bzw. die eingeschränkte Feinmotorik liessen sich durch den auf ehemaliger Läsionshöhe segmentalen Ausfall auf Höhe C7 sowie durch die vormalige Schädigung des Rückenmarks nachvollziehbar organisch erklären. Eine neurogene

Blasenentleerungsstörung sei in den Vorjahren urologisch diagnostiziert worden (act. IIA 113.1/20 Ziff. 5). Die im Zeitpunkt der Begutachtung ausgeübte Teilzeittätigkeit wurde als ideal bezeichnet und für diese bzw. andere leidensadaptierte Tätigkeiten (wechselbelastende Verrichtungen mit Hebe- bzw. Tragelimiten bis zehn Kilogramm) eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % ohne Leistungseinschränkung bescheinigt (act. IIA 113.1/23 f. Ziff. 6 Ziff. 3-5 und 14 f.).

**3.3.2** Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, erachtete das neurologische Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 4. Oktober 2013 (act. IIA 119) als sorgfältig abgefasst und auf der Sachebene gut nachvollziehbar. Sie bezeichnete es jedoch als unerklärlich, warum aus der – zweifelsohne vorhandenen aber nicht sehr stark ausgeprägten – Störung eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit resultieren solle. Sie gelangte zum Schluss, dass die neurologischen Befunde im Vergleich zum MEDAS-Gutachten unverändert seien und deshalb vorläufig nicht von einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit auszugehen sei. An dieser Einschätzung hielt sie in einer neuerlichen Stellungnahme vom 20. Dezember 2013 (act. IIA 128) fest.

**3.3.3** Am 22. Juli 2014 beantwortete Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (act. IIA 142). Dabei konnte er nicht begründen, weshalb seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von jener der MEDAS divergiert. Er vertrat die Auffassung, dass aus dem neurologischen Befund eines partiellen Querschnittssyndroms mit rechtsbetonter Tetrapastik und Tetraparese eine höhere Arbeitsunfähigkeit hervorgehe als gemäss MEDAS-Gutachten.

**3.3.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ wies in ihrer Stellungnahme vom 11. August 2014 (act. IIA 114) unter anderem darauf hin, dass sich eine neurologische Restsymptomatik in der Regel ohne neues Ereignis nicht verändere; dies sei auch hier der Fall. Das Gutachten weise Fehler auf und es müsse festgehalten werden, dass die medizinischen Untersuchungsbefunde im Vergleich zum MEDAS-Gutachten im Jahr 2010 unverändert seien. Dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei gleichbleibendem Befund nun anders ausfalle, habe andere Gründe. Insbesondere falle auf, dass sich die Beurteilung stark an den anamnestischen Angaben orientiere. Die im neurologischen Gutachten postulierte Restarbeitsfähigkeit passe nicht zu den medi-

zinischen Befunden sowie der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit 2007 und sei nicht nachvollziehbar.

### **3.4**

**3.4.1** 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).

**3.4.2** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevisi- on erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sach- verhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvoll- ziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachla- gen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2; Entscheid des Bun- desgerichts [BGer] vom 30. September 2015, 8C\_162/2015, E. 2.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Be- weisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich wer-

den, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3; BGer 8C\_162/2015, E. 2.2).

**3.5** Das neurologische Verlaufsgutachten vom 17. Juni 2013 (act. IIA 113.1) samt Ergänzung vom 22. Juli 2014 (act. IIA 142) hält – auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des RAD – unter dem Gesichtspunkt der höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hievor) einer Überprüfung nicht stand.

**3.5.1** Vorab rügt der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 7 f. Ziff. III Ziff. 4.3 und 4.7) zu Recht, dass dem Experten zunächst offensichtlich bloss der Fragenkatalog für eine erstmalige Begutachtung vorgelegt (act. IIA 102/2 f.) und von diesem insofern das Beweisthema nach einer revisionsbegründenden Veränderung in den tatsächlichen medizinischen Verhältnissen (vgl. E. 3.4.2 hievor) nicht berücksichtigt worden sei. Aus der Diskussion (act. IIA 113.1/20 ff. Ziff. 5) und der Beantwortung des Fragenkatalogs (act. IIA 113.1/22 ff. Ziff. 6) kann denn auch nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) abgeleitet werden, dass die im Vergleich zum Referenzzeitpunkt attestierte höhere Arbeitsunfähigkeit auf einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung beruht. Zwar erklärte Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit den motorischen Einschränkungen, es bestehe seit dem Indexereignis (aus dem Jahre 2007) eine im Wesentlichen stabile und unveränderte Symptomatik, wie sich das Schmerzsyndrom sowie die sensorischen Beeinträchtigungen im Verlauf entwickelten, lässt sich der neurologischen Expertise jedoch nicht entnehmen. Inwiefern die seitens der MEDAS-Gutachter prognostizierte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit

innerhalb von zwei Jahren (act. II 56.1/27 Ziff. 7.2) mittlerweile eingetreten ist, wurde im Verlaufsgutachten nicht erörtert. Sodann wurden die urologischen Beschwerden im MEDAS-Gutachten noch den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet (act. II 56.1/24 Ziff. 6.2), aber im medizinischen Zumutbarkeitsprofil eine kurze Distanz zu einer Toilette vorausgesetzt (act. II 56.1/28 Ziff. 7.3). Darin, dass Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die Miktions-/Stuhl-Urge-Symptomatik nunmehr als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit kategorisierte (act. IIA 113.1/19 Ziff. 4.1), kann deshalb keine massgebliche Änderung erblickt werden. Wohl ergab sich diagnostisch insoweit eine Änderung, als auf Höhe HWK 4/5 erneut ein Bandscheibenvorfall auftrat, der wiederum mittels Diskektomie und Einlage eines Titankäfigs behandelt wurde (act. IIA 113.1/19 Ziff. 4.1). Die von ihm postulierte höhere Arbeitsunfähigkeit begründete der Neurologe indes nicht mit dieser zusätzlichen Diagnose und er leitete sie auch nicht sonst wie überzeugend her. Vielmehr orientierte er sich offenbar hauptsächlich an den subjektiven Angaben des Exploranden sowie am faktisch präsentierten Leistungsvermögen im Rahmen des arbeitsvertraglichen vereinbarten Rendements. So gab Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ an, die anamnestisch geschilderten Beschwerden beeinträchtigten in relevanter Weise die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, die Lebensqualität, das Privatleben sowie die Freizeitgestaltung; zufolge der multimodalen Einschränkungen soll die Arbeitsunfähigkeit per 1. Januar 2012 – mithin entsprechend dem per dato angepassten Beschäftigungsgrad (act. IIA 98/2 Ziff. 2.9) – 60 % betragen (act. IIA 113.1/21 Ziff. 5, 113.1/23 Ziff. 6 Ziff. 6, 142/2). Wenngleich eine seit der früheren Begutachtung eingetretene Exazerbation mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht auszuschliessen ist, fehlt es hierfür an einer den beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.4 hievor) genügenden schlüssigen Begründung.

**3.5.2** Auch die – in Missachtung der Grundsätze nach BGE 136 V 113 eingeholte (act. IIA 129) – Ergänzung des neurologischen Gutachtens vom 22. Juli 2014 (act. IIA 142) enthält keine differenzierte und nachvollziehbare Begründung für die im Vergleich zur MEDAS abweichend beurteilte Arbeitsunfähigkeit (act. II 56.1/27 f. Ziff. 7.2 f.). Es wurde ohne nähere Auseinandersetzung mit den Erwägungen und Schlussfolgerungen der Vorgutachter lediglich impliziert, im MEDAS-Gutachten (act. II 56.1-56.5, 61), wel-

ches Grundlage für die rechtskräftige Rentenverfügung vom 21. Juni 2010 (act. II 70) bildete, sei die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit zu tief bemessen worden. Damit liegt allenfalls eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes vor (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2), worauf auch die Beschwerdegegnerin hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 8).

**3.5.3** Was die fragliche Gesundheitsverschlechterung anbelangt, ist anzumerken, dass in einer hinzugetretenen oder weggefallenen Diagnose zwar nicht per se ein Revisionsgrund zu erblicken ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12) und nach der erneuten Diskektomie mit problemlosem postoperativen Verlauf (Akten des Beschwerdeführers [act. I], 3) der Zustand gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_\_ mindestens wieder so gut wie im Jahr 2010 gewesen sein soll (act. IIA 91/2). Die RAD-Ärztin ging jedoch in diesem Zusammenhang von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Januar bis November 2011 aus (act. IIA 91/2). Nebst allfälligen erwerblichen Entwicklungen (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 9) könnte auch eine solche vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes prinzipiell einen Revisionsgrund darstellen. Denn nach Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. September 2012, 9C\_530/2012, E. 5.2). Wie es sich damit verhält, kann hier aber letztlich offen bleiben, denn selbst unter der Prämisse eines gegebenen Revisionsgrundes wäre der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes nicht hinreichend abgeklärt.

**3.5.4** Auch wenn zugunsten des Beschwerdeführers angenommen würde, dass die bereits im MEDAS-Gutachten gestellte Prognose einer Gesundheitsverschlechterung (mit Absinken der Arbeitsfähigkeit innerhalb der nächsten zwei Jahre [act. II 56.1/27 Ziff. 7.2]) durch Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ retrospektiv bestätigt worden wäre, könnte dies die Unklarheiten hinsichtlich der neu attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 % nicht aus-

räumen: Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. IIA 144/2) wies zu Recht darauf hin, dass im Gutachten vom 17. Juni 2013 (act. IIA 113.1) die seit Jahren anhaltende aktenkundige psychosoziale Belastungssituation (finanzielle Sorgen, Ehetrennung und -scheidung, Sorgerechtsstreit, Erziehungsdifferenzen, Angst die abgeschiedene Ehefrau könnte seine Tochter ins Ausland mitnehmen und «an einen Puff verkaufen» [act. II 56.1/16 Ziff. 4.1, 56.1/25 f. Ziff. 7.1; 56.5/4 und 6 Ziff. 2.1; act. IIA 86/3 und 5, 113.1/16 Ziff. 3, 140/2]) als die funktionelle Symptomausweitung begünstigender Faktor ausdrücklich genannt (act. IIA 113.1/20 f. Ziff. 5), aber in der Folge nicht geklärt wurde, in welchem Umfang diese die Arbeitsfähigkeit beeinflusst oder nicht. Ohne ergänzende Angaben zum (quantitativen) Einfluss der offenkundigen psychosozialen Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) kann auf die attestierte 60%ige Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden. Im Übrigen vermochte Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine funktionelle Symptomausweitung nicht auszuschliessen (act. IIA 113.1/20 f. Ziff. 5), was in Anbetracht der von den vorgeannten psychosozialen Belastungsfaktoren bestimmten psychiatrischen Vorgeschichte im Rahmen eines interdisziplinären Konsiliums psychiatrisch hätte geklärt werden müssen. Die Vorgutachter massen den psychischen Befunden zwar keinen wesentlichen Einfluss bei (act. II 56.1/27 Ziff. 7.1), jedoch hielten sie in den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine sich gegenwärtig in Teilremission befindende depressive Störung fest (act. II 56.1/24 Ziff. 6.1), deren Auswirkungen im Rahmen der Gesamtbeurteilung berücksichtigt wurden (act. II 56.1/23 Ziff. 5.3). Eine erneute psychiatrische Abklärung ist somit angezeigt. Darüber hinaus bedarf der Sachverhalt auch hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten (act. II 75/1 Ziff. 1.2) Zunahme der Osteoporose (act. IIA 81/2 f., 81/9, 86/6, 95.3/ 1 f., 99/5) weiterer Abklärung.

#### **4.**

**4.1** Weil der medizinische Sachverhalt nach dem Dargelegten nicht rechtsgenügend erhoben wurde, ist die Sache zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes und der funktionellen Leistungsfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eine Rückweisung an die Verwaltung erweist sich unter Berücksichtigung von BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264

ohne weiteres als geboten und zulässig, da die Begutachtung ungeklärte Fragen betrifft und der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer dies explizit beantragt (Beschwerde S. 2 Ziff. 1 und S. 8 Ziff. III Ziff. 4.8), womit er zu verstehen gibt, dass er keine Instanz verlieren will, was bei einer Gutachtenanordnung durch das Gericht der Fall wäre.

**4.2** Die Beschwerdegegnerin hat ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen, welches auch den höchstrichterlichen Anforderungen hinsichtlich der Frage nach revisionsbegründenden Veränderungen (vgl. E. 3.4.2 hievore) genügt. Dabei sind die Disziplinen Neurologie, Rheumatologie (Osteoporose) sowie (mit Blick auf die seit Jahren anhaltenden und mittlerweile möglicherweise remittierten depressiven Phasen bzw. die psychosozialen Faktoren) Psychiatrie beizuziehen und – soweit nach dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin bzw. der nachmaligen Gutachterstelle erforderlich (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353) – auch weitere Fachrichtungen. Vorgängig sind die medizinischen Akten zu komplettieren, lag der Verwaltung doch insbesondere der Operationsbericht vom 4. März 2011 (act. I 3) nicht vor und – soweit ersichtlich – fehlen in den amtlichen Akten einzelne im neurologischen Gutachten erwähnte Berichte des Spitals D. \_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2011 (act. IIA 113.1/9 Ziff. 2).

## **5.**

**5.1** 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rück-

sicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 4. Dezember 2014 hat Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 3'425.-- sowie Auslagen von Fr. 27.90 und die Mehrwertsteuer von Fr. 276.25 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'729.15.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 25. September 2014 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. 3'729.15 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

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.