

200 14 1023 IV
LOU/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. September 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Lüthi

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 1954 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2005 unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm verschiedene Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere holte sie ein neurochirurgisches sowie ein psychiatrisches Gutachten ein (act. II 24, act. II 33). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, in welchem die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 67) eine rheumatologische Begutachtung in der Klinik C._____ veranlasste (Gutachten vom 27. Oktober 2008; act. II 71), lehnte sie mit Verfügung vom 17. November 2008 (act. II 72) den Anspruch auf eine Invalidenrente ab. Auf Beschwerde hin (act. II 78 S. 3 – 8) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern diese Verfügung mit Urteil vom 28. Februar 2011, VGE IV/2009/11 (act. II 90), auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die Verwaltung zurück.

B.

In der Folge holte die IVB weitere Arztberichte ein und veranlasste eine erneute Begutachtung des Versicherten durch die Klinik C._____ unter Beizug von Fachärzten der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, einschliesslich zwei Evaluationen der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Gutachten vom 21. Oktober 2013; Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. IIA] 133.1). Nachdem die Gutachter am 4. Juni 2014 Zusatzfragen beantwortet hatten (act. IIA 135), stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 31. Juli 2014 (act. IIA 140) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 28 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. IIA 141) verfügte sie am 25. September 2014 (act. IIA144) wie angekündigt.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 27. Oktober 2014 Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 25. September 2014 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei der Invaliditätsgrad auf mindestens 70 % festzusetzen und es sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 30. März 2015 stellte die Beschwerdegegnerin dem Gericht Akten des Sozialdienstes bezüglich missbräuchlichem Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe zu und beantragte die diesbezüglichen Akten bei der Staatsanwaltschaft ... einzuholen.

Bezugnehmend auf die prozessleitende Verfügung vom 25. Juni 2015 äusserten sich die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 14. Juli 2015 sowie der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 31. August 2015 unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Änderung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zum vorliegenden Fall. Zugleich nahm der Beschwerdeführer Stellung zu den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten des Sozialdienstes.

Auf Aufforderung des Instruktionsrichters (vgl. prozessleitende Verfügung vom 11. Januar 2016) nahm die Beschwerdegegnerin mit Zuschrift vom 2. Februar 2016 Stellung zu den vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 8. Januar 2016 eingereichten Unterlagen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juni 2016 schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und gewährte der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit, sich zu den zwischenzeitlich erfolgten Eingaben des Beschwerdeführers vom 1. Februar, 24. März, 26. Mai und 13. Juni 2016 bis zum 29. Juni 2016 zu äussern.

Nachdem der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 20. Juni 2016 einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten reichte, stellte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 21. Juni 2016 fest, dass das Beweisverfahren bereits geschlossen sei. Zudem wies er den Beschwerdeführer darauf hin, dass die durch die nachträgliche Eingabe verursachten Kosten bei der Verlegung der Verfahrenskosten berücksichtigt würden. Ferner gewährte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit, innert der noch laufenden Frist zur Eingabe des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. Diese Möglichkeit nahm die Beschwerdegegnerin mit Zuschrift vom 24. Juni 2016 wahr.

Mit Schreiben vom 21. Juli 2016 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 144). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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 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 ausgegli-

chenen 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Die nach Beschwerdeerhebung vom 27. Oktober 2014 seitens des Beschwerdeführers im Beschwerdeverfahren weiter ins Recht gelegten medizinischen Berichte und Unterlagen (BB 12 – 31) erfolgten über ein

Jahr nach Verfügungserlass vom 25. September 2014 (act. IIA144). Sie beziehen sich im Wesentlichen auf die Rückenoperation vom 10. Februar 2016 und die damit zusammenhängende Hospitalisation vom 9. Februar bis 16. März 2016 im Spital D._____, wie auch über den anschliessenden Aufenthalt in der Rehaklinik E._____ und Nachkontrolluntersuchungen. Diese Berichte haben vorliegend unberücksichtigt zu bleiben.

In medizinischer Hinsicht lassen sich den seit VGE IV/2009/11 (act. II 90) erstellten Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 11. Mai 2011 (act. IIA 101 S. 2 ff.) diagnostizierte med. pract. F._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes und linksbetontes ischialgiformes Schmerzsyndrom im Sinne eines Failed Back Surgery Syndroms (FBSS) bei Z. n. Diskushernienoperation LWK 4/5 links 1987, St. n. Mikrodiskektomie LWK 5/SWK 1 links Juli 2004, Z. n. bilateraler Dekompression LWK 3/4 2008, einen chronischen cervicogenen Kopfschmerz, eine Migräne ohne Aura und eine reaktive Depression (S. 2). Gegenwärtig bestehe keine psychiatrische Begleitung und eine solche sei derzeit nicht indiziert (S. 3).

3.1.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Anästhesiologie, verwies am 23. Mai 2011 u.a. auf seinen Arztbericht vom 25. Februar 2011 (act. II 103 S. 2 ff.), worin er als Diagnosen ein chronisches lumbospondylogenes und linksbetontes, ischialgiformes Schmerzsyndrom im Sinne eines FBSS bei St. n. Diskushernienoperation LWK 4/5 links 1987, St. n. Mikrodiskektomie LWK 5/S1 links 2004 und St. n. bilateraler Dekompression LWK 3/4 2008, einen chronischen cervicogenen Kopfschmerz, eine Migräne ohne Aura, eine muskuloskelettale Dysbalance, eine Somatisierungsstörung und eine reaktive Depression erwähnte (S. 7).

3.1.3 Am 27. September 2011 führte Dr. med. H._____, Fachärztin für Radiologie, aus, im MRI der LWS finde sich gegenüber der Voruntersuchung vom 27. Januar 2009 weiterhin eine umschriebene Impression der rechtsseitigen Nervenwurzel L 5 suprarezessal. Weiterhin zeigten sich die Spondylarthrosen in den Facettengelenken, ein relativ enger Spinalkanal auf Höhe LWK 2/3 und eine Diskusprotrusion auf Höhe LWK 3/4, dort jedoch ohne direkte Neurokompressionseffekte (act. IIA 109 S. 9 f.).

3.1.4 Im Bericht vom 3. Oktober 2011 (act. IIA 109 S. 2 – 7) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Rückenschmerzproblematik mit St. n. drei Rückenoperationen (St. n. DH-OP LWK 4/5 links 1987, St. n. OP einer mediolateralen DH und rezessalen Stenose L5/S1 links 2004, St. n. Spinalkanalstenosen-OP und Flavektomie L3/4 2008, Einpflanzung einer Schmerzmittelpumpe mit kontinuierlicher Applikation von Morphin und Bupivacain in den Intrathekalraum, weiterhin Persistenz der chronischen Lumbalgien und Beinschwäche rechts, Impression der Nervenwurzel L5 rechts und enger Spinalkanal Höhe LWK 2/3 [LWS-MRI vom 26. November 2011]), rezidivierende depressive Zustände, eine soziale Belastung, chronische rezidivierende Kopfschmerzen (wahrscheinlich Migräne) und eine Adipositas. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine arterielle Hypertonie (S. 2). Es sei höchstens eine leichte Arbeit, z.B. Bürotätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von 50 % möglich (S. 6).

3.1.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 20. Januar 2012 (act. IIA 141 S. 11 f.) als Diagnosen ein FBSS mit St. n. Diskushernienoperation LWK 4/5 links 1987, St. n. mikrotechnischer Dekompression LWK 5/SWK 1 links Juli 2004, St. n. bilateraler Dekompression LWK 3/4 2008 sowie St. n. Implantation eines intrathekalen Katheters mit Pumpe zur kontinuierlichen Schmerzmittelapplikation am 22. März 2011 und aktenanamnestisch einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (S. 11). Im klinischen Untersuchungsbefund zeige sich im Wesentlichen der Befund, wie er bereits im Jahr 2010 im Spital K. _____ dokumentiert worden sei. Es finde sich vor allem eine eingeschränkte Kraftentfaltung mit Atrophie und Parese im Bereich des linken Beins (S. 12).

3.1.6 Das Gutachten der Klinik C. _____ vom 21. Oktober 2013 (act. IIA 133.1) basiert auf psychiatrischen, neurologischen, orthopädischen sowie rheumatologischen Untersuchungen, welche folgendes ergeben:

Die Dres. med. L. _____, Assistenzärztin, und M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führten im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Juli 2012 (act. IIA 133.3) aus, es lasse sich keine psychiatrische Erkrankung feststellen. 2007 sei die Diagnose einer Anpassungsstörung

mit kurzer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.20) gestellt worden. Diese habe und hätte keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Aktuell bestünden keine Symptome. Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Störung, insbesondere einer Somatisierungsstörung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden klar nicht erfüllt. So bestünden keine multiplen und häufig wechselnden körperlichen Symptome. Ein Zusammenhang mit schwierigen Lebensereignissen lasse sich nicht feststellen, auch kein histrionisches Verhalten. Der Schmerz trete nicht in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Zudem seien keine ausreichend schwerwiegenden Konflikte und Probleme, welche eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründen würden, erkennbar. Psychopathologisch lasse sich eine grenzwertig zu sehende narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung feststellen, welche jedoch im normalpsychischen Bereich liege und damit keinen bedeutenden Einfluss auf die Schmerzverarbeitung habe (S. 7). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen (S. 8).

Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, und med. pract. O._____, Assistenzärztin Neurologie, berichteten im neurologischen Teilgutachten vom 25. Juli 2012 (act. IIA 133.4 S. 2 ff.), der Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom bei St. n. Operation einer Diskushernie L4/L5 1987, mikrochirurgischer Dekompression und Entfernung einer Diskushernie L5/S1 links am 28. Juli 2004 und Dekompression des Spinalkanals L3/L4 durch Flavektomie und Kapselresektion am 23. Januar 2008. Trotz der bereits mehrfach erfolgten medizinischen Beurteilungen (samt den wiederholt durchgeführten MR-tomographischen Bildgebungen) durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen habe eine organische Ursache, welche das schwere Schmerzsyndrom in seiner ganzen Tragweite erklären könnten, nicht belegt werden können. Es sei demzufolge eine somatoforme Schmerzstörung zu postulieren. In der körperlichen Untersuchung fänden sich aktuell keine Hinweise auf relevante Paresen oder andere eindeutige neurologische Störungen. Es fänden sich hingegen diverse Verhaltensmuster, die bei nicht-organischen Störungen vorkämen (S. 9). Zusammenfassend handle es sich um eine groteske funktionelle bzw. dissoziative Störung. Hinter solchen Störungen verberge sich in der Regel ein organischer oder ein psychiatrischer Kern. Diesen zu erkennen sei jedoch

aufgrund der grotesk zur Schau getragenen Störung schwierig oder gar unmöglich. Es könne lediglich festgehalten werden, dass das Verhalten des Versicherten nicht zweckmässig sei und er im jetzigen Zeitpunkt nicht arbeitsfähig sei (S. 10).

Dr. med. P. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte im Teilgutachten vom 5. Februar 2013 (act. IIA 130 S. 2 ff.) dar, der Versicherte leide seit dem Jahr 2000 an lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein. Die initial angeordneten konservativen Therapien hätten keine Besserung gebracht, sodass Dekompressionen im Juli 2004 bei im MRI nachgewiesener Diskushernie LWK5/SWK1 links und 2008 bei Diskushernie LWK3/4 durchgeführt worden seien. Die Eingriffe hätten keine Besserung gebracht. Im Verlauf habe eine Schmerzpersistenz bestanden, sodass im März 2010 ein intrathekaler Schmerzkatheter eingelegt worden sei. Mehrere bildgebende Untersuchungen nach der Operation von 2008 mittels MRI hätten keinen Hinweis auf eine strukturelle Veränderung ergeben, welche die vorliegenden Schmerzen erkläre oder die mittels operativer Beseitigung eine Besserung der Symptome versprechen. Insofern sei aus den vorliegenden bildgebenden und klinischen Untersuchungen kein Hinweis für eine wirbelsäulenorthopädische Ursache ersichtlich (S. 10).

In der interdisziplinären Beurteilung stellten Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. R. _____, Facharzt Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen (S. 19):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
 - Operation einer Diskushernie L4/5 im 1987
 - Mikrochirurgische Dekompression und Entfernung der Diskushernie L5/S1 links am 28. Juli 2004
 - Dekompression des Spinalkanals L3/4 durch Flavektomie / Kapselresektion am 23. Januar 2008
 - Implantation einer intrathekalen Schmerzpumpe am 23. März 2010
 - Ausgeprägte Schmerzgeneralisierung
 - Allgemeine Dekonditionierung mit muskulärer Dysbalance der Rumpfstabilisatoren
 - Zunehmende vegetative Symptome im Sinne einer Schmerzausweitung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Impingementsymptomatik der rechten Schulter
3. Hallux rigidus rechts
4. Ganglion des rechten Handgelenks
5. Traumatische Teilamputation des Hallux links zirka 1991

Dabei führten sie aus, zusammenfassend müsse aufgrund des Verlaufs und der Befunde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Passend dazu seien die vegetativen Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen, Magenbrennen, Schwitzen, wässriger Stuhlgang sowie Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Die Tatsache, dass der Versicherte seit der letzten Operation vom 27. Juli 2004 arbeitsunfähig sei, eine ausgedehnte Schmerztherapie erhalten habe, inkl. Implantation einer intrathekalen Schmerzpumpe, die gängigen Therapien mit Hospitalisation, regelmässiger Physiotherapie und Psychotherapie weiterführe und sich trotzdem subjektiv weiter eine Verschlechterung des Zustandsbildes abgezeichnet habe, mache die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz höchst unwahrscheinlich. Eine Verbesserung könne nicht erwartet werden, da der Versicherte sämtliche bekannten Therapien bereits ohne Erfolg erhalten hätte. Die Dekonditionierung sei derart ausgeprägt, dass basierend auf der EFL der Versicherte aus medizinisch-theoretischer Sicht zum Zeitpunkt der Begutachtung nur für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, maximal halbtags, mit einem Leistungspensum von maximal 20 % arbeitsfähig sei. Da die Mobilität stark variabel sei, müssten fließende Arbeitszeiten gewährleistet sein. Heben und Tragen von Gewichten sei wegen der beidseitigen Stockentlastung nicht möglich. Sitzen und Stehen seien auf jeweils maximal 15 Minuten ohne Pause limitiert (act. II 133.1 S. 17 f.).

3.1.7 Am 8. März 2014 (act. IIA 136 S. 2) berichtete Dr. med. I. _____ über zwei Sprechstunden vom 4. und 7. März 2014. Das angefertigte EKG habe ein norm- bis tachykardes Vorhofflimmern mit Herzfrequenz um 100/min. aufgezeigt. Aufgrund der vorbestehenden Hyperthonie dürfte es sich am ehesten um eine beginnende hypertensive Herzkrankheit handeln, welche als Ursache für dieses Vorhofflimmern in Frage komme. Erfreulicherweise habe sich jetzt nicht nur eine Normalisierung der Herzfrequenz sondern sogar wieder eine Konversion in den Sinusrhythmus eingestellt.

3.1.8 In der Stellungnahme der Klinik C._____ vom 4. Juni 2014 (act. IIA 139) führten Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med. R._____ in Beantwortung von Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin aus, dass weder von einer somatischen Disziplin (Rheumatologie, Neurologie, Orthopädie) noch von den psychiatrischen Kollegen eine relevante Erkrankung diagnostiziert worden sei und somit der Zustand des Patienten mit der vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit einigen Jahren und der Hilfsbedürftigkeit im Alltag nicht habe erklärt werden können. Aus diesem Grund hätten sie auch die vorhergehenden Beurteilungen des Patienten, die teilweise der aktuellen Beurteilung entgegenständen, hinzugezogen (S. 1). Sie (Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med. R._____) seien zur Erkenntnis gekommen, dass die einmalige Begutachtung der Kollegen der Psychiatrie in einer psychisch stabilen Phase verlaufen sei, so dass die entsprechenden Kriterien für eine somatoforme Störung zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen seien. Nach dem Lebenslauf und der Entwicklung der Krankheit seien alle Förster-Kriterien erfüllt. Dass dem Patienten trotz nicht nachgewiesener sicherer Diagnose eine hohe Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, gründe im sozialen Rückzug, der sozialen Pflegebedürftigkeit, der muskulären Dekonditionierung und der Angewiesenheit auf Gehhilfen (S. 2).

3.1.9 Dr. med. S._____, Facharzt für Radiologie, führte in der Beurteilung der MRI der LWS vom 20. August 2014 (act. IIA 141 S. 13 f.) aus, es zeigten sich mehretägere Chondrosen, mehretägere Facettenarthrosen vor allem auf Höhe LWK 3/4 bis LWK 5/SWK 1 mit Osteophytenprominenz im Neuroforamen beidseits und Nervenwurzelkompression, L3 – S1 Nervenwurzel beidseits. Gegenüber der Voruntersuchung vom 26. September 2011 liege ein stationärer Befund vor (S. 14).

3.1.10 In der Stellungnahme vom 21. August 2014 (act. IIA 141 S. 8) zum Vorbescheid der IV hielt Dr. med. I._____ fest, es liege ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung vor. Die Rückenproblematik habe vor über 20 Jahren angefangen und zu mehreren Operationen geführt (1987, 2004, 2008). Wegen der chronischen Opiatbedürftigkeit mit entsprechenden Nebenwirkungen sei schliesslich ein Pumpensystem im-

plantiert worden. Doch auch dies, samt vielen physiotherapeutischen Massnahmen, habe nicht geholfen. Es bestehe ein chronifizierter massiver Rückenschmerz mit zeitweiser Ausstrahlung vor allem ins rechte Bein.

3.1.11 Dr. med. G._____ berichtete am 1. September 2014, die durch die IV im Vordergrund attestierte ausschliesslich somatoforme Schmerzstörung könne beim Patienten lediglich als Konsequenz seiner chronischen körperlichen Probleme angesehen werden aber nicht als deren Ursache. Bereits im Jahr 2012 sei dem Patienten bei neurologischen Untersuchungen ein FBSS bestätigt worden. Es sei eindeutig eine Muskelatrophie im linken Bein mit eindeutigen Zeichen einer schmerzbedingten Minderinnervation des linken Beines festgestellt worden. Zusammenfassend ergäben die Klagen des Patienten ein konklusives Bild mit objektivierbarer bildgebender Diagnostik und objektivierbarer neurologischer Beurteilung (act. IIA 141 S. 9). Die Übereinstimmung der Pateientenangaben mit dem klinischen Befund und den Befunden des Neurologen und des Radiologen sei eindrücklich übereinstimmend (act. IIA 141 S. 9 f.)

3.1.12 Im Eintrittsbericht der Psychiatrischen Dienste T._____ vom 1. September 2014 (act. IIA 143 S. 3 f.) wurde im Rahmen der Beurteilung eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) bei langjähriger Schmerzproblematik und dreimaliger IV-Ablehnung aufgeführt. Als somatische Diagnosen wurden ein chronisches, lumbospondylogenes und beidseitiges ischialgiformes Schmerzsyndrom mit/bei St. n. Diskushernien-Operation L4/5 links 1987, St. n. medio-lateraler Diskushernie und rezessaler Stenose L5/S1 links mit Dekompression Juli 2004, St. n. Dekompression Spinalkanal L3/4 durch Flavektomie 2008, zunehmende Beschwerden seit 2004, seit 12. Juli 2009 exazerbiert, Opiatbedarf seit Jahren, Zervikozephalgien, sowie Migräne (DD) und eine arterielle Hypertonie aufgeführt (S. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 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).

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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Teilgutachten der Fachrichtungen Psychiatrie vom 19. Juli 2012 (act. IIA 133.3), Neurologie vom 25. Juli 2012 (act. IIA 133.4 S. 2 ff.) und Orthopädie vom 5. Februar 2013 (act. IIA 130 S. 2 ff.), auf welchen das Gutachten der Klinik C. _____ vom 21. Oktober 2013 (act. IIA 133.1) massgeblich basiert, erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten An-

forderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis der Vorakten (Anamnese) und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet.

3.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Juli 2012 (act. IIA 133.3) wird eine relevante psychiatrische Erkrankung nachvollziehbar ausgeschlossen. So gehen die Gutachter u.a. im Rahmen ihrer Beurteilung auf die bereits im Jahr 2007 diagnostizierte Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion ein und legen dar, dass die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Störung, insbesondere einer Somatisierungsstörung, und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung klar nicht erfüllt sind (S. 7). Dies entspricht auch der Einschätzung von Dr. med. U._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeine Innere Medizin vom 8. Februar 2007 (act. II 33 S. 11 ff.). Aus psychiatrischer Sicht liegt keine somatoforme Schmerzstörung vor und besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nicht gegen diese Einschätzung der Experten spricht, dass anschliessend im Gutachten der Klinik C._____ vom 21. Oktober 2013 (act. IIA 133.1) – in welchem Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med. R._____ als Hauptgutachter die Zusammenfassung der Teilgutachten vorgenommen haben (vgl. act IIA 139) – als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgeführt wird (S. 19). Bei den Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten handelt es sich um spezifische Feststellungen, welche in die Kompetenz der Fachärzte fallen, wogegen die beiden Hauptgutachter selber über keinen Facharztstitel in dieser Disziplin verfügen. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (Entscheid des BGer vom 21. März 2016, 9C_539/2015, E. 2.2). Abgesehen davon halten Prof. Dr. med. Q._____ und Dr. med.

R._____ selbst ausdrücklich fest, gemäss den Untersuchungen des interdisziplinären Gutachtens beständen keine relevanten organischen oder psychiatrischen Beeinträchtigungen (act. IIA 133.1 S. 21). Dies bestätigen die beiden Hauptgutachter ebenfalls in ihrer Stellungnahme vom 4. Juni 2014 (act. IIA 139) bei der Beantwortung der Zusatzfragen. Was die im Eintrittsbericht der Psychiatrischen Dienste T._____ vom 1. September 2014 (act. IIA 143 S. 3 f.) diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, anbelangt, handelt es sich offensichtlich um ein reaktives Geschehen, welches keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C_668/2015, E. 3). Von Relevanz ist ebenfalls, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis gemäss bundesgerichtlicher Praxis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (Entscheid des BGer vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung bedingt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; Entscheid des BGer vom 8. Oktober 2015, 8C_303/2015, E. 4.4). Das ist hier nicht der Fall, da der Beschwerdeführer nach seinen eigenen Angaben nach 2010 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung stand (act. IIA 133.3 S. 4).

3.3.2 Im neurologischen Teilgutachten vom 25. Juli 2012 (act. IIA 133.4) konnte bei bekannten Rückenbeschwerden keine schmerzrelevante körperliche Erkrankung gesehen werden. So führten die Gutachter aus, trotz der bereits mehrfach erfolgten medizinischen Beurteilungen durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen könne eine organische Ursache nicht belegt werden. In der körperlichen Untersuchung liessen sich auch keine Hinweise auf relevante Paresen oder andere eindeutige neurologische Störungen finden (S. 9). Hingegen wiesen die neurologischen Gutachter darauf hin, es fänden sich Verhaltensmuster, die bei nicht-organischen Störungen vorkämen. Zusammenfassend handle es sich um eine groteske funktionelle bzw. dissoziative Störung. Hinter solchen Störungen verberge sich in der Regel ein organischer oder psychiatrischer Kern, auch wenn er nur klein sei. Die-

sen zu erkennen sei jedoch aufgrund der grotesk zur Schau getragenen Störung schwierig oder gar unmöglich (act. IIA 133.4 S. 9).

Im orthopädischen Teilgutachten vom 5. Februar 2013 (act. IIA 130 S. 2 ff.) ergaben sich chronische lumboradikuläre bis panvertebrale Schmerzen bei St. n. diversen Rückenoperationen und Einlage eines intrathekalen Schmerzkatheters mit Pumpe zur kontinuierlichen Schmerzapplikation im März 2010. Nachvollziehbar schliesst der Experte wirbelsäulen-orthopädische Ursachen der Schmerzen aus, indem er auf mehrere bildgebende Untersuchungen nach der Operation von 2008 verweist, die keine Hinweise auf eine strukturelle Veränderung gezeigt hätten (S. 10). Diese Einschätzungen stehen auch im Einklang mit dem MRI-Befund der LWS vom 20. August 2014 (act. IIA 141 S. 13 f.). Eine Verschlechterung gegenüber der Voruntersuchung vom 26. September 2011 ist nicht erstellt, vielmehr zeigte sich ein stationärer Befund.

3.3.3 Die Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 21. August 2014 (act. IIA 141 S. 8) zum Vorbescheid der IV wie auch die beiden Berichte vom 1. September 2014 von Dr. med. G. _____ bzw. der Psychiatrischen Dienste T. _____ (act. IIA 141 S. 9 f., act. IIA 143 S. 3 f.) enthalten keine wesentlichen neuen Aspekte, welche von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären und vermögen deshalb die Teilgutachten nicht umzustossen.

Auch wenn sich das Gutachten der Klinik C. _____ vom 21. Oktober 2013 (act. IIA 133.1) in der konsensualen Einschätzung der psychiatrischen Diagnose als widersprüchlich erweist, ist gestützt auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Teilgutachten in den Fachbereichen Psychiatrie (act. IIA 133.3), Neurologie (act. IIA 133.4 S. 2 ff.) und Orthopädie (act. IIA 130 S. 2 ff.) sowie auf die Ergänzung des Gutachtens vom 4. Juni 2014 (act. IIA 139) erstellt, dass keine relevanten organischen oder psychischen Beeinträchtigungen bestehen. Der Sachverhalt ist durch die vorliegenden Untersuchungen rechtsgenügend erstellt, womit auf weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) zu verzichten ist.

3.4 Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt. Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Da keine Invalidität im Rechtssinne vorliegt, besteht auch kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 25. September 2014 (act. IIA 144) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich, die Akten der Staatsanwaltschaft ... einzuholen (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 30. März 2015; in den Gerichtsakten).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen (vgl. dazu die prozessleitende Verfügung vom 21. Juni 2016).

4.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Fr. 700.-- werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen, die Restanz von Fr. 300.-- wird er nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu entrichten haben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers (mit Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 24. Juni 2016)
 - IV-Stelle Bern (mit Eingaben des Beschwerdeführers vom 24. Juni und 21. Juli 2016)
 - 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.