

200 14 185 IV  
MAW/IMD/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. September 2014**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Imhasly

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Januar 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2002 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor, holte insbesondere ein interdisziplinäres neurochirurgisch-psychiatrisches Gutachten vom 31. Mai 2003 bzw. 12. Juni 2003 bei den Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein (AB 15, 16), worin eine Einschränkung von 20 % in einer angepassten Tätigkeit festgehalten wurde. Mit Verfügung vom 20. Februar 2004 verneinte die IVB einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 37 % (AB 31). Auf Einsprache des Versicherten hin (AB 38) erfolgte eine neuerliche Begutachtung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ (AB 49, 53), welche eine Verschlechterung festhielten und eine psychiatrische Einschränkung von 40 % in einer neurochirurgisch angepassten Tätigkeit attestierten. In der Folge hob die IVB die angefochtene Verfügung auf (AB 55) und sprach dem Versicherten ab 1. August 2003 eine Viertelsrente und ab 1. November 2003 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 40 % bzw. 54 % zu (Mitteilung vom 14. Februar 2005 [AB 56]; Verfügung vom 9. Juni 2005 [AB 59]).

### **B.**

Im Rahmen einer im September 2008 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (AB 75) teilte die IVB dem Versicherten am 5. Dezember 2008 formlos mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (AB 82).

Ein im Januar 2010 gestelltes Gesuch um Hilfe bei der Stellensuche (AB 84) nahm die IVB letztlich als Gesuch um Erhöhung der Rente entgegen. Sie holte die üblichen Unterlagen ein und veranlasste gestützt auf eine

Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 105) eine Begutachtung bei der MEDAS (Gutachten vom 1. November 2012; AB 112.1). Nach einer Stellungnahme des RAD (AB 126) beauftragte die IVB Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung (Gutachten vom 13. September 2013; AB 130.1). Mit Vorbescheid vom 5. November 2013 (AB 131) stellte sie die Weiterausrichtung der bisherigen Rente in Aussicht, da sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung (richtig: Mitteilung) vom 5. Dezember 2008 nicht objektiv und wesentlich verschlechtert habe. Auf Einwand des Versicherten hin (AB 133, 135) holte die IVB eine Stellungnahme bei ihrem RAD ein (AB 137) und verfügte am 22. Januar 2014 die Weiterausrichtung der bisherigen Rente (AB 138).

### C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 24. Februar 2014 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 22. Januar 2014 sei aufzuheben, und ihm sei ab 1. August 2009 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, das MEDAS-Gutachten vom 1. November 2012 erbringe vollen Beweis, was das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen vermöge. Gestützt darauf sei davon auszugehen, dass eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft nicht mehr möglich sei. Entsprechend bestehe Anspruch auf eine ganze Rente. Im Weiteren ersucht der Beschwerdeführer um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. März 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf eine beigelegte Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik – unter Beilage eines Berichts des behandelnden Psychiaters – vom 12. Juni 2014 und Duplik vom 26. Juni 2014 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Am 9. September 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

### **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. Januar 2014 (AB 138). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin dessen Gesuch um Erhöhung der bisherigen Invalidenrente zur Recht abgewiesen hat.

**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** In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf die im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwände nicht konkret eingegangen sei (Beschwerde S. 4 Art. 2).

**2.2** Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

**2.3** Die angefochtene Verfügung erfüllt die vorgenannten Voraussetzungen und ist hinreichend begründet. So lässt sich dieser eindeutig entnehmen, aufgrund welcher Überlegungen die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid getroffen hat. Dem Beschwerdeführer war es denn auch problemlos möglich, die Verfügung sachgerecht mittels Beschwerde anzufechten. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht liegt somit nicht vor.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** 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.

**3.3** 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**3.4** 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 bezüg-

lich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.6** 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).

**3.6.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die

erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

**3.6.2** 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).

**3.6.3** 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). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

#### 4.

**4.1** Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Verweigerung einer Rentenerhöhung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juni 2005 (AB 59) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. Januar 2014 (AB 138) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 3.6.1 hiavor). Die Bestätigung der laufenden Rente mittels Mitteilung vom 5. Dezember 2008 (AB 82) ist vorliegend – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – unbeachtlich, da dieser keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 3.6.3 hiavor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 3.6.2 hiavor).

**4.2** Die rentenzusprechende Verfügung vom 9. Juni 2005 (AB 59) basierte auf der neurochirurgisch-psychiatrischen Verlaufsbeurteilung der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom September 2004 bzw. Januar 2005 (AB 49, 53).

Die Neurochirurgin diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit rezidivierenden pseudoradikulären Ausstrahlungen und Nackenschmerzen/Verspannungen (AB 49 S. 9 f). An körperlichen Beeinträchtigungen lägen degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule bei Status nach Microdiscectomie Th 7/8 rechts und flache Discushernien Th 7/8 und Th 9/10 ohne Neurokompression vor (AB 49 S. 12). Die bisherige – als nicht ideal zu erachtende – Tätigkeit als ... sei noch zu 50 % zumutbar. Weiterhin möglich zu 100 % wären Arbeiten mit Heben von Gewichten von unter 10 kg bei regelmässigem Positionswechsel, unter Vermeidung von länger dauerndem gebücktem Arbeiten oder Überkopfarbeiten.

Der Psychiater hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine ängstliche, vermeidende, neurotisierte Persönlichkeit mit Neigung zu Verstimmungen (ICD-

10: F60.6/F34.1) fest (AB 53 S. 5). Er führte aus, der Verlauf seit Mai 2003 (Zeitpunkt der ersten Begutachtung) sei wenig positiv. Beim Versicherten hätten subjektiv auch die somatischen Beschwerden zugenommen, er leide heute in deutlicherem Ausmass an den Schmerzen. Die chronische Schmerzsymptomatik bilde den Kern, auf den sich die psychosomatische Überlagerung geschoben habe. Der Versicherte zeige heute eine gesteigerte Somatisierung. Es könne von einer Somatisierungsstörung ausgegangen werden. Der depressive Anteil sei derzeit geringgradig ausgeprägt. Daneben bestehe weiterhin die bereits früher festgestellte Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte sei auch sozial unter Druck geraten, habe finanzielle und familiäre Probleme und sei vom Sozialdienst abhängig, was die psychischen Symptome verstärke. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht weiterhin zu 40 % eingeschränkt (AB 53 S. 5 f.).

In der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, dass sich die psychosomatischen und die somatischen Befunde überdecken würden. Dies ergäbe eine gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als ... von ca. 60 %. Bei einer anderweitigen Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 40 % (AB 53 S. 7 f.).

**4.3** Für die Zeit nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Juni 2005 (AB 59) ergibt sich aus den medizinischen Unterlagen das Folgende:

**4.3.1** Im Bericht vom 19. April 2010 (AB 96) wies Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auf eine depressive Stimmungslage nach Stellenverlust und Medikamentenumstellung bei Epilepsie mit Barbituratentzug seit Januar 2010 hin. Aktuell zeigten sich eine Verstärkung der Rückenschmerzen, Entzugssymptome und eine psychische Labilität bei dysthymen Persönlichkeit. Die bisherige Tätigkeit sei zu 30 bis maximal 50 % zumutbar.

In einem weiteren Bericht vom 21. Februar 2011 (AB 97) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bezüglich des aktuellen Zustands fest, im Vordergrund ständen die Angst vor einem erneuten epileptischen Anfall (letzter Anfall zu Beginn des Jahres) und die starken Rückenschmerzen. In diesem Zusammenhang träten vermehrt Panikattacken auf. Es beständen zahlreiche be-

gleitende körperliche Symptome des Bewegungsapparates, des Verdauungstraktes sowie des Nervensystems. Dieser Schmerz-, Angst- und Unruhekomplex werde im Rahmen einer übersensiblen Persönlichkeit depressiv verarbeitet. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von maximal 20 - 30 %.

**4.3.2** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete am 6. April 2011 (AB 100), nach Umstellung der Medikation mit recht langer Symptomatik hinsichtlich des Barbituratentzuges mit Unruhegefühl und Herzklopfen sei am 3. Dezember 2010 und am 1. Januar 2011 je ein partiell fokal epileptischer Anfall aufgetreten. Im Anschluss sei die Medikation wiederum umgestellt worden. Seither klage der Patient über wechselhaft ausgeprägte Beschwerden mit Gefühl der Zungenschwellung, Magenkrämpfen, Sodbrennen und Bauchbeschwerden. Eine diesbezügliche gastrointestinale Abklärung sei unauffällig gewesen. Aktuell beständen nur noch selten isolierte epigastrische Auren. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nie attestiert.

**4.3.3** Im Gutachten der MEDAS vom 1. November 2012 (AB 112.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- Epilepsie mit Grands-maux- und komplex-partiellen Anfällen (ED: 1988)
  - bei bildgebend dokumentierter mesialer Temporallappensklerose links
- Status nach Autounfall am 30.11.2011 mit – nach Angaben des Versicherten – Comotio cerebri, Verletzung der HWS und des Kiefergelenks rechts
  - Cervicales/cervicocephales Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf radikuläre Läsion an den oberen Extremitäten
  - Klagen über Tinnitus rechts und unsystematische Schwindelbeschwerden ohne Nachweis einer vestibulären Funktionsstörung
- Chronisches thoracovertebrales und thoracospondylogenes Syndrom
  - Status nach posttraumatischer Discushernie Th 7/8
  - Status nach Mikrodiskektomie der Discushernie Th 7/8
- Neurotische Persönlichkeit (-s Störung) mit
  - aktuell im Vordergrund stehender hypochondrischer Störung.

Aus allgemein-internistischer Sicht wurden keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (AB 112.1 S. 23).

In orthopädischer Hinsicht wurde festgehalten, der Versicherte sei bedingt durch die chronische Wirbelsäulenproblematik, welche seit 2002 zu invalidisierenden Schmerzen geführt habe, in einer ausschliesslich stehenden Tätigkeit mit Heben von Lasten, die mehr als 5 bis 10 Kilogramm wiegten, nicht mehr arbeitsfähig. Diese Einschätzung gelte ab der Bandscheibenoperation (richtig wohl: ab dem Unfall; vgl. AB 1 S. 6, 9 S. 15, 112.1 S. 5) vom 31. Januar 2002. Aufgrund der aktuellen Befunderhebung scheine die Arbeitsfähigkeit als ... – im Unterschied zur Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ – eher bei 0 % als bei 50 % zu liegen. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen, aus rein orthopädischer Sicht vollschichtig möglich. Aufgrund der chronifizierten Schmerzen, welche seit 2002 beständen, müsse man eine Reduktion des Rendements von 30 % anerkennen (AB 112.1 S. 28).

Der neurologische Gutachter führte aus, der Explorand bringe eine Vielzahl von Klagen vor. Insgesamt ergebe sich eine Diskrepanz zwischen spärlichen objektiv fassbaren somatischen Befunden und Intensität der Beschwerden, welche etwas global und unscharf beschrieben würden und zumindest aktuell im Verhalten des Exploranden nicht zum Ausdruck kämen. Eindrucks-mässig zeige dieser in der Würdigung seiner körperlichen Beschwerden hypochondrische Züge. Es ergebe sich ein starker Verdacht auf eine psychiatrische Komponente. Allein aus neurologischer Sicht bestehe eine gut erhaltene Restarbeitsfähigkeit des Exploranden von mindestens 50 % in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit. Gesichert sei die Epilepsie mit Grands-maux und komplex partiellen Anfällen, welche im Gefolge eines ersten Grand-mal-Anfalles 1988 diagnostiziert worden sei und in der Folge eine antikonvulsive Behandlung bedingt habe. Nachdem sich seit 1998 unter medikamentöser Behandlung Grands-maux nicht mehr manifestiert hätten, beschreibe der Explorand weiterhin "kleine Störungen", welche phänomenologisch als partielle Anfälle im Sinne von Dämmerattacken imponierten. Diesbezüglich müsse bei offenbar guter Compliance des Exploranden eine Optimierung der Behandlung in Betracht gezogen werden. Von Seiten der Epilepsie ergäben sich Einschränkungen der Arbeits-

fähigkeit, indem Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten an Maschinen mit Verletzungsgefahr nicht geeignet seien. Nicht zuletzt dürfe dem Exploranden das Führen von Motorfahrzeugen aufgrund der nach wie vor auftretenden partiellen Anfälle nicht erlaubt werden (AB 112.1 S. 34 f.).

In psychiatrischer Hinsicht ständen die hypochondrische Störung und der ausgeprägte Neurotizismus des Versicherten im Vordergrund. Es bestehe eine ausserordentliche Angstbereitschaft, eine verminderte emotionale Stabilität durchaus im Sinne eines strukturellen Defizits. Dies bedeute, dass der Versicherte in Flexibilität und Umstellfähigkeit, vor allem in Durchhalte- und auch Selbstbehauptungsfähigkeit, weniger in seiner Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit, eingeschränkt sei. Die strukturellen Defizite führten auch zu einer Verminderung der Impulskontrolle, zu einer erhöhten Regressionsbereitschaft und einem leichten Defizit in Intentionalität und Antrieb. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hierdurch massiv beeinträchtigt. Diese Befunde ständen in Konkordanz zur Aktenlage: Anlässlich der letzten Arbeitsstelle sei dem Versicherten bei durchaus vorhandener fachlicher Kompetenz gekündigt worden, weil der "Betreuungsaufwand" aufgrund des psychischen Leidens des Versicherten für den kleinen Betrieb nicht mehr aufzubringen gewesen sei. Die neurotische Störung stelle das wesentlichste Rehabilitationshindernis dar. Es handle sich um ein chronifiziertes, durchaus auch progressiv verlaufendes Leiden. Es sei heute fraglich, wie weit mit Hilfe eines spezifischen intensiven psychotherapeutischen Programms eine gewisse Verbesserung erreicht werden könnte (AB 112.1 S. 42).

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, es bestehe Einigkeit darin, dass die Fachkompetenz des Versicherten heute nicht oder nur gering eingeschränkt sei. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – auch als ... – bestehe insofern, als einerseits der Versicherte schwere Tätigkeiten heute nicht mehr ausüben sollte, andererseits sei seine Stressintoleranz (richtig wohl: Stresstoleranz) wesentlich vermindert. Seine dadurch beeinträchtigte Flexibilität, Umstellfähigkeit, Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit stellten ein wesentliches Hindernis bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit dar. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht werde der Versicherte heute in einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft unter normalen Anforderun-

gen als nicht mehr arbeitsfähig angesehen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte mindestens seit November 2011, als der Versicherte einen Unfall erlitten habe, welcher die Beschwerden massiv akzentuiert habe (AB 112.1 S. 46). Eine adaptierte Tätigkeit für diesen Versicherten bedeute insbesondere eine stressfreie, geregelte Tätigkeit, welche keine hohen Anforderungen an psychische Stabilität, Durchhaltefähigkeit und Sozialkompetenz stelle. Die Fachkompetenz sei prinzipiell nicht eingeschränkt, eine adaptierte Tätigkeit könnte durchaus die Ausbildung des Versicherten berücksichtigen oder andere einfache Arbeitsabläufe zum Inhalt haben. Gegenwärtig arbeite der Versicherte gemeinsam mit seiner Gattin (zu einem kleinen Prozentsatz) als .... Eine solche Tätigkeit oder eine dieser Tätigkeit entsprechende Arbeit wäre ihm seit der Kündigung der letzten Arbeitsstelle heute nach wie vor zu 50 % zumutbar (AB 112.1 S. 47). Die Restarbeitsfähigkeit des Versicherten erfordere erhebliche Anpassungen des Arbeitsplatzes, welche realistischere Weise eine Wiedereingliederung in der freien Wirtschaft ohne wesentliches Entgegenkommen von Seiten eines Arbeitgebers nicht möglich machten (AB 112.1 S. 48).

**4.3.4** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Verlaufsgutachten vom 13. September 2013 (AB 130.1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, ängstlichen und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: F61). Die Schmerzproblematik stehe beim Versicherten weiterhin im Vordergrund. Bei besonders heftigen Schmerzen träten auch Verstimmungen auf. Der Autounfall vom November 2011 habe die Schmerzen akzentuiert, es sei zu einer Ausbreitung in den Nacken und die Arme gekommen. Der Versicherte sei durch die Schmerzen in seiner Lebensführung eingeschränkt. Während der Untersuchung stehe er immer wieder auf, um den Schmerzen auszuweichen. Die beim Versicherten akzentuiert vorhandenen hypochondrischen Tendenzen seien ein Teilsymptom der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Symptomatik sei nicht in einem Ausmass vorhanden, dass eine eigenständige Diagnose gestellt werden müsse. Insbesondere sei es für eine hypochondrische Störung atypisch, dass sich der Versicherte jeweils von den Ärzten beruhigen lasse und sich die Ängste für längere Zeit zurückbildeten. Die Persönlichkeitsstörung sei beim Versicherten weiterhin nachweisbar. Er zeige vermeidende, ängstliche, selbstunsichere und

konfliktunfähige Züge und habe nur wenig Durchhaltefähigkeit. Die Störung habe sich grundsätzlich nicht verändert, allenfalls komme es häufiger zu Erinnerungen an einen erlittenen sexuellen Missbrauch. Trotz der Persönlichkeitsstörung sei es dem Versicherten gelungen, sich im Leben einigermaßen zufriedenstellend einzurichten. Insgesamt sei eine angepasste Tätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von 60 % zumutbar. Es beständen insofern limitierende Bedingungen, als der Versicherte aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung kaum fähig sei, Konflikte mit den Mitmenschen adäquat zu lösen. Er reagiere oft ängstlich. Es müsse beachtet werden, dass er Rückzugsmöglichkeiten benötige. Der Verlauf seit 2005 sei stabil.

**4.4** Der Beschwerdeführer stützt seinen Antrag auf Erhöhung der bisherigen halben auf eine ganze Rente auf die Schlussfolgerung im MEDAS-Gutachten vom 1. November 2012, wonach er in einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft unter normalen Anforderungen als nicht mehr arbeitsfähig anzusehen sei (AB 112.1 S. 46). Ob dieser Einschätzung gefolgt werden kann, ist nachfolgend zu prüfen:

**4.4.1** Abgesehen von den üblichen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. dazu E. 3.4 hiervor) hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren 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 (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2).

**4.4.2** Die MEDAS-Gutachter führten aus, die Einschätzung, wonach der Versicherte insbesondere aus psychiatrischer Sicht heute in einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft unter normalen Anforderungen als nicht mehr arbeitsfähig angesehen werde, gelte mindestens seit November 2011, als er nach seinen Angaben einen Unfall erlitten habe, welcher die Beschwerden

massiv akzentuiert habe (AB 112.1 S. 46). Diesbezüglich wurde der Versicherte dahingehend zitiert, dass der Unfall zu einer Verstärkung seiner vorbestehenden Nackenschmerzen geführt habe (AB 112.1 S. 25), sich dadurch "Lähmungen" an Armen und Beinen verstärkt manifestierten, er seither auch häufiger unter verstärkten Nackenschmerzen, einem Tinnitus und Schwindelbeschwerden leide (AB 112.1 S. 30 f., S. 33 f.). Die gutachterliche Einschätzung, dass im hier interessierenden Zeitraum eine gesundheitliche Veränderung eingetreten sei, basiert ausschliesslich auf den hiervor wiedergegebenen subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers. Explizit weisen die Gutachter denn auch darauf hin, dass sich in den Akten der Beschwerdegegnerin keine Unterlagen bezüglich des Autounfalls vom November 2011 befunden hätten und solche auch im Rahmen der Begutachtung nicht beigebracht worden seien (AB 112.1 S. 48). Hinzu kommt, dass die vom Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfall vorgebrachten Beschwerden anlässlich der Untersuchung nicht im geklagten Ausmass objektiviert werden konnten (AB 112.1 S. 35). Das MEDAS-Gutachten vom 1. November 2012 ist damit – jedenfalls zur Beurteilung der sich im Zusammenhang mit einer Revision stellenden Fragen – nicht schlüssig. Weder basiert es auf vollständigen medizinischen Akten noch spricht es sich hinreichend darüber aus, inwiefern aus objektiver Sicht effektiv eine Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Entsprechend kann darauf nicht abgestellt werden. Dass diese Begutachtung mangelhaft war, hat auch der RAD erkannt (vgl. AB 125, 126). Allerdings brachte die daraufhin veranlasste Begutachtung die gewünschte Klärung nicht (vgl. E. 4.5 hiernach).

**4.5** Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf das Verlaufsgutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. September 2013 (AB 130.1) von einem unveränderten Gesundheitszustand aus (AB 138 S. 2), womit weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bestehe. Diesem Gutachten kommt allerdings – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – nicht voller Beweiswert zu, weshalb auch dieses nicht als Beurteilungsgrundlage herangezogen werden kann:

Zunächst einmal besteht ein Widerspruch zwischen der Aussage des Gutachters, es liege ein stabiler Verlauf seit 2005 vor (AB 130.1 S. 10 Ziff. C/6)

und seiner Beurteilung, der Autounfall vom November 2011 habe die Schmerzen akzentuiert, es sei zu einer Ausbreitung in den Nacken und in die Arme gekommen, durch die Schmerzen sei der Versicherte in seiner Lebensführung eingeschränkt (AB 130.1 S. 7). Im Weiteren lagen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ – ebenso wie den MEDAS-Gutachtern – keine echtzeitlichen medizinischen Unterlagen bezüglich des Autounfalls vor. Im Zeitraum zwischen den zwei Begutachtungen hat die Beschwerdegegnerin zwar beim Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin FMH, einen Verlaufsbericht vom 11. Februar 2013 (AB 124) eingeholt, worin dieser von einem stationären Gesundheitszustand ausgeht und ausführt, von Seiten des Autounfalls würden keine Beschwerden mehr memoriert. Dies widerspricht allerdings den Aussagen der MEDAS-Gutachter und des Dr. med. D. \_\_\_\_\_. Darüber hinaus sind dem Verlaufsbericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen, verweist er doch lediglich auf die Ausführungen im MEDAS-Gutachten.

Auch die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ist nicht nachvollziehbar bzw. widersprüchlich. Während er in Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen ausführt, in der Tätigkeit als "... oder ähnliches" bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % und bei einer normalen ... liege diese bei 40 % (AB 130.1 S. 10 Ziff. C/4), führt er an anderer Stelle des Gutachtens aus, in der Tätigkeit als ... betrage die Einschränkung 60 % und in einer angepassten Tätigkeit 40 % (AB 130.1 S. 9). Worin in Bezug auf die Tätigkeiten als ... bzw. als "normaler" ... ein Unterschied bestehen soll, wird von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ indes nicht näher erläutert. Schliesslich fällt auch auf, dass er im Verlaufsgutachten vom Januar 2005 (AB 53) eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine ängstliche, vermeidende, neurotisierte Persönlichkeit mit Neigung zu Verstimmungen (ICD-10: F60.6/F34.1) attestierte (AB 53 S. 5), während er nunmehr von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, ängstlichen und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: F61) ausgeht (AB 130.1 S. 6). Wenn auch die Unterschiede zwischen den Diagnosen nur minim sind, stellt sich doch die Frage, welche pathologischen Befunde oder

diagnostischen Erkenntnisse – bei angeblich stabilem Verlauf seit 2005 – eine Änderung der Diagnosen zu rechtfertigen vermögen.

Daran ändert die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 17. März 2014 (AB 141) nichts, welcher die aufgezeigten Abweichungen in den Begutachtungen durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht beachtete und sich deshalb auch nicht damit auseinandersetzte.

## 5.

Insgesamt erweist sich nach dem Gesagten der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Insbesondere lässt sich anhand der Akten nicht feststellen, ob der Autounfall vom 30. November 2011 zu einer wesentlichen und objektiv ausgewiesenen Veränderung des Gesundheitszustandes geführt hat.

Die angefochtene Verfügung vom 22. Januar 2014 (AB 138) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zunächst medizinische – wobei möglicherweise die echtzeitlichen Einträge des Hausarztes in der Krankengeschichte sachdienliche Hinweise enthalten könnten – und allenfalls polizeiliche Akten zum Unfall vom November 2011 einhole und anschliessend eine erneute Begutachtung veranlasse. Die Gutachter werden sich dabei unter Berücksichtigung der eingeholten Unterlagen klar dazu zu äussern haben, ob bzw. inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat, zu welchem Zeitpunkt dies gegebenenfalls geschehen ist und wie sich die unbestrittenermassen vorhandene Persönlichkeitsstörung trotz der vorhandenen Ressourcen auf die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auswirkt. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu befinden.

Da die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt bis anhin insbesondere mit Blick auf den Autounfall vom November 2011 nicht hinreichend geklärt hat, ist eine Rückweisung an die Verwaltung ohne weiteres geboten und zulässig (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 264 E. 4.4.1.4 S. 264).

## **6.**

**6.1** 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).

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

Der Beschwerdeführer wird durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_ vertreten. Dessen Kostennote vom 3. Juli 2014 ist unter Beachtung des doppelten Schriftenwechsels und in Anbetracht der gestützt auf unvollständig dokumentierten Verhältnissen abgegebenen widersprüchlichen ärztlichen Einschätzungen nicht zu korrigieren, obwohl der geltend gemachte Aufwand von 23 Stunden im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen an der obersten Grenze des Gebotenen liegt. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 5'500.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 45.-- und 8 % Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 443.60, somit auf total Fr. 5'988.60 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**6.3** Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Fürsprecher B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt ist bei diesem Verfahrensausgang als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Januar 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.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'988.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt eingereichten Akten)
  - IV-Stelle Bern (samt eingereichten Akten)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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

Der Kammerpräsident:

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.