

200 14 69 IV  
SCP/SCC/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. November 2014**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Dezember 2013

## Sachverhalt:

### A.

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit Mai 2001 als selbstständigerwerbender ... tätig (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1), als er am 2. Januar 2002 auf Eis ausglitt und auf den Rücken fiel (AB 5). Er meldete sich erstmals im August bzw. September 2004 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (AB 1). Am 12. November 2004 zog der Versicherte das Leistungsgesuch wieder zurück (AB 13).

Nachdem er am 30. Januar 2007 einen Auffahrunfall erlitten hatte, meldete er sich am 17. Februar 2007 bei der IVB erneut an (AB 16). Die IVB holte verschiedene Unterlagen ein, u.a. das von der Versicherung B.\_\_\_\_\_ veranlasste Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie FMH, vom 13. August 2003 (AB 28 S. 78 ff., vgl. auch AB 28 S. 73, 76) und der Ergänzung vom 22. April 2004 (AB 28 S. 68 ff.). Die Versicherung D.\_\_\_\_\_ reichte das – von ihr in Auftrag gegebene – polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ ein (MEDAS-Gutachten vom 14. November 2008 [AB 40]). Nach Erstellung des Abklärungsberichts für Selbstständigerwerbende vom 4. Juni 2009 (AB 43) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Juni 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 31 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (AB 46). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher F.\_\_\_\_\_, am 25. August 2009 Einwände (AB 47). Nach einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 15. Oktober 2009 (AB 49) wies die IVB mit Verfügung vom 5. November 2009 das Leistungsgesuch ab (AB 50). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher F.\_\_\_\_\_, am 7. Dezember 2009 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde (AB 52). Diese hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 20. August 2010 gut, hob die angefochtene Verfügung vom 5. November 2009 auf und wies die Sache zurück an die IVB, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und danach neu verfüge (AB 66; IV/2009/1290). In den Erwägungen wurde festgehalten, es sei zur Ermittlung des Valideneinkommens das Einkommen, das unmittelbar vor Eintritt des Gesundheits-

schadens erzielt worden sei, nämlich jenes aus dem Jahr 2006, beizuziehen und auf das Jahr 2008 zu indexieren. Mangels eines hinreichend aktuellen IK-Auszugs erweise sich die Sache als unvollständig abgeklärt. Die IVB habe anhand eines aktuellen IK-Auszugs und der rechtskräftigen Steueranveranlagung für das massgebende Jahr 2006 das Valideneinkommen festzusetzen (AB 66 S. 15).

Die IVB holte in der Folge einen IK-Auszug (AB 69) und die Steuererklärungen von 2006 bis 2008 (AB 72.1-72.3) sowie die AHV-Verfügungen der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) bezüglich der Festsetzung der persönlichen Beiträge von 2001 bis 2007 des Versicherten als Selbstständigerwerbender (AB 78) ein. Im Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 13. Dezember 2010 wurde bei einem Valideneinkommen von Fr. 31'758.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'184.-- ein Invaliditätsgrad von 0 % berechnet (AB 80 S. 5). Mit Verfügung vom 16. Februar 2011 wies die IVB – wie mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2010 in Aussicht gestellt (AB 82) – das Rentengesuch ab (AB 83). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Am 20. Februar 2012 teilte der Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass das Mandat erloschen sei (AB 89). Mit Verfügung vom 21. März 2012 wies die IVB – wie mit Vorbescheid vom 10. Februar 2012 in Aussicht gestellt (AB 88) – das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Abklärungen ab, da der Versicherte mitgeteilt habe, er halte eine berufliche Eingliederung subjektiv für nicht möglich (AB 91; vgl. auch AB 87).

## **B.**

Am 14. April 2013 teilte der Versicherte mit, es sei am 31. Oktober 2012 ein malignes Melanom entfernt worden (AB 93). Die IVB ging von einer Neuanmeldung aus und holte einen IK-Auszug (AB 95), einen Bericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 16. Mai 2013 zusammen mit Spitalberichten ein (AB 96). Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erstellte die Aktenbeurteilung vom 26. Juni 2013 (AB 101 S. 2 ff.). Am 18. Juli 2013 teilte die IVB mit, es bestehe kein Anspruch auf berufliche

Massnahmen (AB 104). Nach Erstellung des Abklärungsberichts für Selbstständigerwerbende vom 27. September 2013, worin der Abklärungsdienst einen Invaliditätsgrad von 11 % berechnete (AB 107 S. 5), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 4. Oktober 2013 die Abweisung eines Rentengesuchs in Aussicht (AB 108). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher F. \_\_\_\_\_, am 1. November 2013 Einwände (AB 111). Er beanstandete die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens. Nach einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 2. Dezember 2013 (AB 115) wies die IVB mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 11 % das Rentengesuch ab (AB 117).

### **C.**

Am 21. Januar 2014 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 12. Dezember 2013 sei aufzuheben und die Akten seien zur neuen Beurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Dezember 2013. Streitig ist der Anspruch auf eine Rente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

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

## **2.**

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

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

**2.3.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall

obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.3.2** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 14. April 2013 eingetreten, worin der Beschwerdeführer geltend gemacht hatte, es sei Ende Oktober 2012 an der Ferse ein malignes Melanom entfernt worden (AB 93). Die Eintretensfrage ist deshalb hier nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Zu prüfen ist, ob veränderte, d.h. potentiell rentenbegründende Verhältnisse vorliegen (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenablehnenden Verfügung vom 16. Februar 2011 (AB 83) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 116) entwickelt hat, zu vergleichen. Erst wenn eine erhebliche Veränderung der Verhältnisse vorliegt, erfolgt im Rahmen von Art. 17 ATSG eine allseitig umfassende Prüfung.

**3.2** Die rentenablehnende Verfügung vom 16. Februar 2011 (AB 83) stützte sich aus medizinischer Sicht auf das – gemäss Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. August 2010 (IV/2009/1290) voll beweiskräftige (AB 66 S. 12) – MEDAS-Gutachten vom 14. November 2008. Darin wurden die folgenden Diagnosen gestellt (AB 40 S. 22 Ziff. 6.1):

- 1. Chronisches panvertebrales Syndrom (ICD-10: M54.8) mit/bei:
  - Status nach Sturz auf Glatteis mit Kontusion der Brust- und Halswirbelsäule am 2. Januar 2002 und nachfolgend sukzessive Entwicklung des Beschwerdebildes,
  - Status nach HWS-Kontusionstrauma am 30. Januar 2007,
  - Wirbelsäulenfehlhaltung und muskuläre Dysbalance ohne fokalneurologische Defizite im Sinne eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms,
  - MR-HWS (12. Februar 2004): degenerative Veränderungen mit Hernierung im Segment C5/6 mit konsekutiver relativer Einengung der Foramina, li>re. Mögliche zeitweilige Beeinträchtigung der Nervenwurzeln, keine Myelonkompression,
  - MR-HWS (3. Oktober 2007): zeitweilige Beeinträchtigung der Wurzel C6 li>re möglich, sonst keine neuen Aspekte.
- 2. Leichte bis mittelschwere neuropsychische Störung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 30. Januar 2007 und Status nach Sturz auf den Rücken am 2. Januar 2002.

Die Gutachter diagnostizierten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 40 S. 22 Ziff. 6.2) eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10: F45.9) sowie einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10: Z73.1). Sie gingen davon aus, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ganztags, mit einer 20%-igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen vermehrtem Pausenbedarf und allenfalls einer Reduktion des Arbeitstempos aufgrund des chronischen Panvertebralsyndroms, zumutbar sei. Aus psychiatrischer oder neuropsychologischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 40 S. 23 Ziff. 7.2). Die Selbsteinschätzung des Explo-randen, wonach er sich lediglich eine zweistündige Tätigkeit pro Tag als ... vorstellen könne, werde durch die objektivierbaren Befunde nicht erhärtet; vielmehr handle es sich dabei um eine pathologische Selbstlimitierung bei nicht näher bezeichneter somatoformer Störung (AB 40 S. 23 Ziff. 7.1). Für sämtliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe

bis maximal 20 kg, in Brusthöhe bis 20 kg, mit maximal mittelschweren Belastungen, wie Hantieren mit Werkzeugen in den oberen Extremitäten, ohne länger als eine Stunde am Stück auszuführende monotone repetitive Torsion- und Schwenkbewegungen des Rumpfes sowie für kognitiv wenig anspruchsvolle Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80% (AB 40 S. 24 Ziff. 7.3). Körperlich schwere Tätigkeiten seien hingegen nicht zumutbar. Ferner bestehe für eine kognitiv anspruchsvollere Tätigkeit infolge der neuropsychologischen Defizite eine Arbeitsunfähigkeit von 35% (AB 40 S. 24 Ziff. 7.3). Wegen den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und der zur Verfügung stehenden Dokumentation müsse davon ausgegangen werden, dass die maximal 20%-ige Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall vom 30. Januar 2007 bestehe (AB 40 S. 24 Ziff. 7.4).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 116) stützt sich auf die folgenden medizinischen Berichte:

**3.3.1** Im Bericht vom 12. November 2012 diagnostizierten die Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_, das Folgende (AB 96 S. 9):

1. Akrolentiginöses Melanom Ferse links p73a cN0(0/4) cM0, Stage IIA
2. Arterielle Hypertonie

Es bestanden klinisch (keine Lymphadenopathie, keine Organomegalie) und anamnestisch keine Hinweise für eine lymphogene oder hämatogene Metastasierung (keine B-Symptomatik). Die Melanom-Exzision mit 1 cm Sicherheitsabstand und Sentinel-Lymphonodektomie (4 Sentinel-Lymphknoten) sei am 31. Oktober 2012 vorgenommen worden. Es sei eine Defektdeckung mittels Vollhauttransplantat von inguinal rechts erfolgt. Es habe sich ein akrolentiginöses Melanom mit einem Breslow-Index von 2,8 mm gezeigt. Histologisch und immunhistochemisch hätten keine Lymphknotenmetastasen nachgewiesen werden können (AB 96 S. 10).

**3.3.2** Im Bericht vom 16. Mai 2013 berichtete der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von subjektiven Sensibilitätsstörungen mit ‚Gehbehinderung‘ im Bereich der Fusssohle links und OSG-Schmerzen bei akrolentiginösem Melanom Ferse links. Der Hausarzt legte weiter dar, dem Beschwerdeführer

rer seien wegen Fussbeschwerden aktuell nach eigenen Angaben keine körperlichen Belastungen möglich (AB 96 S. 2 ff.).

**3.3.3** In der Aktenbeurteilung vom 26. Juni 2013 stellte die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen:

1. Akrolentiginöses Melanom Ferse links p73a cN0(0/4) cM0
2. Chronisches panvertebrales Syndrom
3. Leichte bis mittelschwere neuropsychische Störung bei Status nach HWS-Trauma Januar 2007 und Status nach Sturz auf den Rücken Januar 2002

Sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei durch die Tumorerkrankung dahingehend eingeschränkt, dass er vermehrte Müdigkeit verspüre und nach Resektion des Tumors an der Ferse mit nachfolgendem Vollhauttransplantat insbesondere Sensibilitätsstörungen im OP-Gebiet habe. Zum Zumutbarkeitsprofil führte sie aus, die Arbeiten als ... seien nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Arbeit in sitzender Position mit leichten Arbeiten, ohne hohe intellektuelle Anforderungen sei zumutbar. Das Pensum verringere sich durch die Tumorerkrankung dahingehend, dass eine angepasste Tätigkeit fünf Stunden pro Tag mit einem Leistungsabzug von 20 % zumutbar sei (AB 101 S. 3).

**3.4** 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).

**3.4.1** 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. Aus-

schlaggebend 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** Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin stellte auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (AB 101 S. 3) ab und ging von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % und einer Leistungsminderung von 20 % aus (vgl. AB 107 S. 5). Der Beschwerdeführer brachte vor, er leide an einer schlimmen Krebserkrankung (Beschwerde S. 3). Diese Einschätzung ist aktenmässig nicht erwiesen. Gemäss der Berichte der Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_, vom 12. November 2012 und vom 25. Januar 2013 erfolgte eine Melanom-Exzision und eine Defektdeckung mittels Vollhauttransplantat im Fersenbereich (AB 96 S. 8, 10), wobei es zur Abheilung im Januar 2013 kam (AB 96 S. 8). Klinisch und anamnestisch lagen keine Hinweise für eine lymphogene oder hämatogene Metastasierung vor. Histologisch und immunhistochemisch wurden keine Lymphknotenmetastasen nachgewiesen (AB 96 S. 10; vgl. auch AB 96 S. 2). Die behandelnden Ärzte äusserten sich in ihren

Berichten nicht zu den aus der Tumorexzision resultierenden Einschränkungen mit Bezug auf die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit.

Auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2013 (AB 96 S. 2 ff.) lässt sich bezüglich der Frage einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abstellen. Der Hausarzt berichtet lediglich von einer subjektiv wahrgenommenen Sensibilitätsstörung mit ‚Gehbehinderung‘ im Bereich der Fusssohle links und OSG-Schmerzen (AB 96 S. 2). Weiter hält er fest, der Beschwerdeführer fühle sich aufgrund dieser Beschwerden zu 50 % arbeitsunfähig (AB 96 S. 3 Ziff. 1.4). Der Hausarzt übernimmt diese Angaben und geht davon aus, dass keine körperlichen Belastungen mehr möglich seien (AB 96 S. 4, 6). Weiter erachtet er auch das Konzentrations- und das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit als eingeschränkt (AB 96 S. 6). In welcher Weise sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aus objektiver Sicht auf die bisherige oder eine leidensangepasste Tätigkeit auswirken, wird jedoch von ihm nicht nachvollziehbar begründet.

Soweit die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in der Aktenbeurteilung vom 26. Juni 2013 – offensichtlich gestützt auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_ – ohne weitere Abklärungen davon ausgeht, der Gesundheitszustand habe sich mit der Diagnose des malignen Melanoms verschlechtert und dem Beschwerdeführer sei nunmehr die bisherige Tätigkeit überhaupt nicht mehr und eine leichte Tätigkeit in sitzender Position nur noch für fünf Stunden pro Tag zumutbar und dies bei einer zusätzlichen (vorbestehenden) Leistungseinschränkung von 20 %, lässt sich dies aufgrund der Akten nicht nachvollziehen (AB 101 S. 3 f.). Namentlich ist aufgrund der medizinischen Akten weder dokumentiert noch nachvollziehbar, weshalb die erfolgte Resektion eines Tumors an der Ferse zu einer derart krankheitsbedingten Ermüdbarkeit hätte führen können, welche sich zudem noch additiv zu den bekannten rückenbedingten Einschränkungen auswirken sollte. Aus den bisherigen Berichten der behandelnden Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_ lässt sich kein solcher Schluss ziehen, wurden doch histologisch und immunhistochemisch keine Lymphknotenmetastasen nachgewiesen. Es ist somit unklar, ob der Beschwerdeführer weiter behan-

delt werden muss und wie sich die Entfernung des malignen Melanoms auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die RAD-Ärztin überzeugt nicht und es kann darauf nicht abgestellt werden.

Die Beschwerdegegnerin ist somit anzuweisen, die Frage zu klären, ob es aufgrund des im September aufgetretenen und Ende Oktober 2012 operierten Melanoms zu einer – im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom 14. November 2008 (AB 40) – dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Hierzu bedarf es in erster Linie der Edition der dermatologischen und allenfalls onkologischen oder anderweitiger Verlaufsberichte. Sollte sich gestützt darauf die Annahme einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestätigen, so wäre die Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines vorzugsweise polydisziplinären Verlaufs-gutachten neu zu beurteilen.

Eine Rückweisung an die Verwaltung ist ohne weiteres geboten und zulässig (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 200), da die Begutachtung ungeklärte Fragen betrifft.

**3.6** Die Beschwerde erweist sich als offensichtlich begründet. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Dezember 2013 ist aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Da der Aufwand für die Beschwerdeführung nicht das Mass dessen überstieg, was dem Einzelnen zur Besorgung eigener Angelegenheiten zugemutet werden darf, besteht trotz dieses Ausgangs des Verfahrens kein Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Dezember 2013 aufgehoben und die Sache wird 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. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.