

200 14 760 IV
SCI/ZID/WOL/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Februar 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Juli 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 1. April 2007 bei der C._____ als ... in einem Pensum zu 100% angestellt. Im August 2010 meldete ihn seine Arbeitgeberin unter Hinweis auf eine Diskushernie, einen Bandscheibenvorfall sowie eine Operation im Juni 2010 und eine seit 17. September 2009 bestehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1).

Im September 2010 meldete sich der Versicherte bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 6). In der Folge nahm die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 9 ff.) und ordnete eine berufliche Abklärung vom 30. Mai bis zum 21. August 2011 bei der Abklärungsstelle M._____ an (AB 29). Diese wurde per 8. Juli 2011 abgebrochen (AB 38, 40). Nach Einholen eines weiteren Verlaufsberichts des behandelnden Arztes (AB 41) liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD, AB 45/5) bei den Dres. med. D._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär abklären (Gutachten vom 17. Oktober [AB 51] und 21. November 2011 [AB 57] sowie interdisziplinäre Beurteilung [AB 59]). Mit Vorbescheid vom 19. Dezember 2011 (AB 60) stellte die IVB bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 21% dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte mit Einwand vom 24. Januar 2012 nicht einverstanden und wies unter anderem auf laufende (rheumatologische) Abklärungen im Spital Q._____ hin (AB 63).

B.

Nach weiteren medizinischen Abklärungen (AB 66/4) und zwei Operationen wurde dem Versicherten eine mindestens sechsmonatige postoperative

volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 71/4, 82/2). Nach Konsultation des RAD (AB 85) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Oktober 2010 (AB 87) die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2012 in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte am 5. November 2012 Einwand (AB II 94) und verwies unter anderem auf eine auf den 9. November 2012 angesetzte Untersuchung wegen neu aufgetretener Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und eine seit dem 10. September 2010 bis auf weiteres attestierte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 94/14 f.). Eine weitere berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle S. _____ vom 12. November 2012 bis zum 15. Februar 2013 (AB 96) konnte wegen einer erneuten ab 9. November 2012 attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (AB 97/2) nicht angetreten werden. Nach weiteren medizinischen Abklärungen (AB 98 f.) schloss die IVB die berufliche Eingliederung mit Mitteilung vom 29. Januar 2013 (AB 100) ab. Auf Empfehlung des RAD hin (AB 110) ordnete die IVB am 1. Juli 2013 eine neurochirurgische Verlaufsbeurteilung bei Dr. med. D. _____ an (AB 112). Mit Eingabe vom 10. Juli 2013 verlangte der Versicherte die neurochirurgische Beurteilung durch eine andere Fachperson (AB 115), worauf Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, mit der Beurteilung beauftragt wurde (AB 119). Gestützt auf das neurochirurgische Gutachten vom 10. Dezember 2013 (AB 132.1) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Februar 2014 (AB 133) die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 30. November 2013 in Aussicht. Auf Einwand hin (AB 136) verfügte die IVB am 10. Juli 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 141).

C.

Gegen die Verfügung vom 10. Juli 2014 (AB 141) liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, am 18. August 2014 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 10. Juli 2014 sei insofern aufzuheben, als dem Versicherten nicht vor dem 1. Januar 2012, d.h. ab 1. März 2011 eine Invalidenrente ausgerichtet wird und insofern, als der Rentenanspruch am 30. November 2013 aufhören soll.

2. Es sei dem Beschwerdeführer bereits vor dem 1. Januar 2012, d.h. ab 1. März 2011 eine Invalidenrente und über den 30. November 2013 hinaus eine Invalidenrente auszurichten.
3. Es sei dem Versicherten somit ab 1. März 2011 eine ganze Invalidenrente oder eine Invalidenrente nach richterlichem Ermessen auszurichten.
4. Es sei eine neurologische/orthopädische/neurochirurgische, pharmakologische und psychiatrische Begutachtung anzuordnen.
5. Die IV-Stelle habe die Verfahrenskosten zu tragen und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten.

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, auf die Gutachten der Dres. med. D._____ (AB 51) und F._____ (AB 132.1) könne nicht abgestellt werden, da diese auf die Auswirkungen des Methadons auf die Arbeitsfähigkeit, auf die seit Sommer 2013 bestehenden Kniebeschwerden sowie auf die psychische Situation des Beschwerdeführers nicht oder nicht in genügendem Mass eingehen würden. Die Arbeitsfähigkeit massiv einschränkende Beschwerden hätten zudem schon vor dem 1. Januar 2012 bestanden.

Mit Schreiben vom 1. Oktober 2014 reichte der Beschwerdeführer das in der Beschwerde in Aussicht gestellte Arztzeugnis (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 56) sowie weitere Berichte nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2011 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer liess in der unaufgefordert eingereichten Stellungnahme vom 17. November 2014 an der Beschwerde und deren Begründung festhalten.

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 10. Juli 2014 (AB 141). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umfassend zu prüfen.

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

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

2.

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

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).

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 Ab-

lauf 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 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).

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.4.1 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

2.4.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar

1961 [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals N._____ vom 16. Oktober 2009 (AB 15/23 ff.) hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose ein chronisch rezidivierendes lumbovertebro- bis spondylogenes Syndrom mit/bei seit Jahren rezidivierenden selbstlimitierenden Lumbalgien, Wirbelsäulenfehlhaltung (Skoliose, Flachrücken), Insuffizienz lumbal betonter rumpfstabilisierender Muskulatur mit aktuell segmentaler Dysfunktion L4/5 und psychosozialen Kontextfaktoren (Trennung von Lebenspartnerin) fest. Seit ungefähr vier Wochen würden sich während der Arbeitstätigkeit in der ... allmählich invalidisierende Kreuzschmerzen entwickeln, welche nicht dermatombezogen ins linke Bein ausstrahlten; seither sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. Ein Arbeitseinstieg sollte so rasch wie möglich angestrebt werden; eine sitzende leichte Tätigkeit sei ab sofort zu 100% zumutbar. Mit weiterem Bericht vom 11. November 2009 (AB 15/21 f.) hielt er zudem fest, die Wiederaufnahme der Arbeit in einem Pensum von 50% sei angeblich aus betriebsinternen Gründen nicht möglich; ab 16. November 2009 könne die Arbeitstätigkeit problemlos wieder zu 100% aufgenommen werden.

3.1.2 Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals O._____ vom 22. April 2010 (AB 15/16 f.) diagnostizierte Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine Lumboischialgie rechts bei hochgradiger Spinalstenose L4/L5 im Rahmen einer breitbasigen rechts betonten Bandscheibenprotrusion. Anfangs 2010 sei es zu einer Exazerbation der Schmerzen im Sinne einer Lumboischialgie rechts gekommen, sodass eine

stationäre Behandlung (einhergehend mit einer epiduralen Infiltration) erfolgt sei. Es sei eigentlich ein Dauerschmerz vorhanden; der Beschwerdeführer sei 50% arbeitstätig. Aktuell sei der Wirbelsäulenbefund regelrecht, ohne Muskelverhärtung oder Blockaden. Ein eigentlicher Nervendehnungsschmerz bestehe nicht; die Muskeleigenreflexe seien gut auslösbar. Subjektiv bestehe eine Hypästhesie im Ausbreitungsgebiet von L5 rechts. Therapeutisch empfehle sich die Durchführung einer Dekompression. Aufgrund der belasteten Vorgeschichte mit der Rückenschmerzanamnese sei eine alleinige Dekompression aber ungenügend, weshalb die Durchführung einer Discectomie von ventral und eine Ersatzoperation mittels einer Bandscheibenprothese empfohlen werde. Dadurch bestehe eine sehr gute Chance, die Beinschmerzen zu kontrollieren und auch die Prognose bezüglich der Rückenschmerzen sei recht positiv. Der Beschwerdeführer werde postoperativ ungefähr zwei Monate arbeitsunfähig sein. Bis dahin sei es angezeigt, die Arbeitstätigkeit mindestens teilzeitig beizubehalten und wenn möglich sogar auf 70% zu steigern.

Im Sprechstundenbericht vom 13. August 2010 (AB 10) nannte Prof. Dr. med. H. _____ als Diagnose einen Zustand nach Discectomie und Interposition einer Bandscheibenprothese L4/L5 bei einer breitbasigen stenosierenden Bandscheibenhernie vom 14. Juni 2010 (vgl. AB 15/14 f.). Die aktuelle Röntgenkontrolle zeige einen regelrechten Befund sowie eine unauffällige Situation im Bereich der Prothese und keine Veränderungen der Anschlusssegmente. Eine spondylogene Ursache sei eher unwahrscheinlich, gelegentlich fänden sich solche Phänomene nach Entlastung einer hochgradigen Stenose im Sinne von Regenerationssymptomen. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 5. September 2010. Am 6. September 2010 werde die Arbeit wieder zu 50% aufgenommen und per 4. Oktober 2010 sollte die Arbeitstätigkeit wieder in vollem Umfang möglich sein.

Aufgrund persistierender Lumbalgien bei Status nach Bandscheibenprothese L4/5 wurde zur Verifizierung der Schmerzen am 7. Oktober 2010 in der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals O. _____ eine tiefe Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits vorgenommen und eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 20. Oktober 2010 attestiert (AB 15/7 f.).

3.1.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Arztbericht vom 21. Oktober 2010 (AB 15/2 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei lumboradikulärem Syndrom L5 rechts (Februar 2010), Status nach epiduraler Infiltration L4/5 (März 2010), Status nach Discectomie L4/5, Dekompression des Spinalkanals, und Bandscheibenprothese (Juni 2010) sowie Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits (Oktober 2010). Gemäss den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beständen trotz der Infiltration vom 8. Oktober 2010 persistierende Schmerzen lumbal. In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Prognose in Bezug auf eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf ungünstig. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit dem 5. Oktober 2010 bis auf Weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit; er könne keine den Rücken (Lendenwirbelsäule) belastende Tätigkeit ausführen.

3.1.4 Im IV-Arztbericht vom 12. November 2010 (AB 17/1 f.) diagnostizierte Prof. Dr. med. H. _____ ein chronisches Lumbalsyndrom sowie einen Zustand nach Discectomie und Interposition einer Bandscheibenprothese (Juni 2010). Bildgebend bestehe ein stabiler Zustand nach Discectomie und Bandscheibenprothesenimplantation. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit dem 5. Oktober 2010 bis auf Weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit werde durch ein schwerstes lokales lumbales Schmerzproblem und bilaterale Beinschmerzen eingeschränkt, weswegen aktuell eine Arbeitstätigkeit nicht möglich sei. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern, so sollte primär versucht werden, im Rahmen einer stationären Rehabilitation eine bessere Charakterisierung der Schmerzproblematik zu erreichen, damit eine gezielte Behandlung derselben durchgeführt werden könne. Anschliessend wäre eventuell eine Evaluation der beruflichen Möglichkeiten angezeigt.

Im Bericht vom selben Datum an den Hausarzt (AB 17/3 f.) äussert Prof. Dr. med. H. _____ den Eindruck, dass vorliegend eine psychosomatische Zusatzkomponente bestehe, welche bis anhin nicht beachtet worden sei. In der ersten postoperativen Phase sei der Verlauf recht positiv gewe-

sen, mit der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei "die Sache" jedoch dekompenziert. Auch die Tatsache, dass eine konstante, völlig therapierefraktäre Situation bestehe, unterstreiche diese Problematik. Die präsentierte Symptomatik sei organisch schwer einzuordnen.

3.1.5 Im Bericht der Rehaklinik P. _____ vom 3. Januar 2011 (AB 43/7 ff.) wurden eine Anpassungsstörung aufgrund starker Schmerzbelastung und anstehender beruflicher Neuorientierung (ICD-10 F 42.2) und ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei zur stationären psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden, insbesondere zur Schmerzlinderung sowie zur Wiedereingliederung in die Arbeitssituation und Evaluation derselben. Eine weitere psychotherapeutische Behandlung könnte grosse Gewinne bringen, es sei jedoch nicht sicher, ob und wie weit sich der Beschwerdeführer darauf einlassen könnte. Die Schmerzen seien weiterhin vorhanden, trotz einer Therapie mit Lyrica. Nach Berücksichtigung des Verlaufs und der Vorgeschichte werde wegen der notwendigen Belastbarkeit (Heben von Gewichten von z.T. über 80 kg) keine Möglichkeit gesehen, ihn wieder in seinen Beruf einzugliedern. Ein neuer Arbeitsplatz mit ergonomischen Vorrichtungen oder eine Umschulung sollte in Betracht gezogen werden.

3.1.6 Am 17. Juli 2011 (AB 41/3) hielt Prof. Dr. med. H. _____ fest, dass der postoperative Verlauf nach der Discectomie L4/L5 und der Interposition einer Bandscheibenprothese vor einem Jahr extrem mühsam sei und der Beschwerdeführer nebst lokalen Beschwerden auch Schmerzausstrahlungen ins rechte Bein angebe, entsprechend einer L5- oder S1-Reizung. Die myelographische Darstellung des Spinalkanals zeige auf allen Etagen freie Verhältnisse. Auf Höhe L4/L5 sei eine diskrete Verminderung des Spinalkanals zu verzeichnen, eine Stenose bestehe aber nicht, auch nicht unter Belastung. Zusammenfassend könne kein strukturelles Korrelat definiert werden, welches die aktuellen Schmerzen erklären würde. Eine generelle Übersteuerung im Rahmen einer chronischen Schmerzkrankheit scheine das Problem zu sein. Von chirurgischer/organischer Seite könne keine Pathologie definiert werden, welche weiter angegangen werden könnte. Zu empfehlen sei der Versuch, in einem interdisziplinären Schmerzteam eine Verbesserung der Situation zu erreichen.

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 19. Juli 2011 (AB 41/2) diagnostizierte Prof. Dr. med. H._____ einen Verdacht auf eine generalisierte Schmerzstörung sowie einen Zustand nach Dekompression L4/L5 und Interposition einer Bandscheibenprothese bei stationärem Gesundheitszustand. Aufgrund der bildgebenden Abklärung sei kein klares organisches Substrat fassbar, welches die Schmerzproblematik hinlänglich erklären würde. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei rein basierend auf den organischen Veränderungen festzuhalten, dass eine mittelschwere körperliche Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar sei.

3.1.7 In der interdisziplinären (neurochirurgischen und psychiatrischen) Begutachtung durch die Dres. med. D._____ und E._____ vom 27. September bzw. 12. Oktober 2011 (AB 59/2 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronisches lumbales und lumbofemoralgieformes/lumboischialgieformes Schmerzsyndrom rechts mit/bei
LWS-Fehlform/-haltung
degenerativen LWS-Veränderungen (erosive Osteochondrose L5/S1, keine relevante Spondylarthrose, keine neurokompressiv wirkende DH)
Status nach Discectomie L4/5, Dekompression des Spinalkanals und Implantation einer Bandscheibenprothese Prodisc-L

Seitens des Fachgebietes Psychiatrie wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Abhängigkeitssyndrom von mehreren psychotropen Substanzen (Heroin, Kokain, Cannabis), seit Jahren stabil abstinent (ICD-10 F19.20).

Aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen resultiere eine verminderte Wirbelsäulenbelastbarkeit. Im Psychostatus hätten keine relevanten psychopathologischen Befunde erhoben werden können und aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich eine depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung F43.2 ausschliessen. Für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10-Kriterien ergäben sich keine Hinweise. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht hätten beim Beschwerdeführer keine krankheitswertige psychische Störung, keine geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Zu benennen sei eine Abhängigkeitserkrankung, welche symptomatisch vor Jahren einen erheblichen Konsum psychotroper Substanzen mit sich geführt habe. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers bezüglich einer, abgesehen von einem Päckchen Zigaretten pro Tag und sporadischem gesellschaftlichen Genuss von Alkohol, Abstinenz von psychotropen Substanzen in den letzten fünf Jahren, dürfe diesbezüglich somit von einer Abhängigkeitsstörung nach ICD-10, aktuell stabil abstinent seit fünf Jahren, ausgegangen werden.

Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte und mittelschwere, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche zumutbar, dies ohne dabei bestehende verminderte Leistungsfähigkeit. Ausgeschlossen seien körperlich schwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS, insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Repetitive Gewichtsbelastungen seien mit 20 kg limitiert. Unter Berücksichtigung dieser Ausschlusskriterien werde aus neurochirurgischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, bei welcher es sich um eine zumindest mittelschwere und mehrheitlich stehend und gehend auszuführende Tätigkeit handle, keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil zu stellen.

Hinsichtlich durchzuführender medizinischer Massnahmen werde keine Indikation für invasive Behandlungsmassnahmen sowie auch keine Indikation für eine operative Behandlung gesehen. Damit verbleibe die Empfehlung der Fortführung konservativer Behandlungsmassnahmen mit regelmässig eigentätig durchzuführendem Heimübungsprogramm, intermittierender krankengymnastischer Übungsbehandlung und flankierend balneophysikalischen Massnahmen und bedarfsweiser medikamentöser analgetischer Behandlung. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe kein Behandlungsbedarf.

3.1.8 Nach einer probatorischen Ruhigstellung mit perkutanem internem Fixateur (Operationsbericht Spital Q. _____ vom 7. Februar 2012;

AB 66/3 f.) wurde am 28. März 2012 im Spital Q._____ eine Knochenanlagerung L4/L5 zur dorsalen Spondylodese sowie eine Dekompression C6/C7 und ventrale interkörperelle Spondylodese C6/C7 (CSLP, AACF 6 mm) durchgeführt (Operationsbericht Spital Q._____ vom 30. März 2012; AB 67/3 f.).

Anlässlich der klinisch-radiologischen Nachkontrolle vom 24. Mai 2012 (AB 71/4 f.) wurde eine bezüglich der Halswirbelsäule deutliche Regredienz der Kribbelparästhesien im linken Arm festgehalten. Es beständen noch eine Muskelverspannung im Bereich der Halswirbelsäule sowie leichte Restschmerzen. Bezüglich der Lendenwirbelsäule habe der Beschwerdeführer von der Stabilisation profitiert. Die Rückenschmerzen seien zurzeit unter Analgesie mit Tramal 2x täglich akzeptabel. Der Beschwerdeführer klagt lediglich über persistierende Unruhe in beiden Oberschenkeln, welche durch den Hausarzt mit Sifrol behandelt werde. Es bestehe die Verdachtsdiagnose auf ein Restless-Legs-Syndrom. Insgesamt liege ein regelrechter Verlauf acht Wochen postoperativ vor. In Anbetracht der Gesamtsituation sei ein Arbeitsausfall von mindestens sechs Monaten ab der letzten Operation zu erwarten.

Am 22. Juni 2012 erfolgte im Spital Q._____ eine ambulante neurologische Untersuchung. Im Bericht vom 27. Juni 2012 (AB 77/2 f.) wurde festgehalten, dass anamnestisch beim Beschwerdeführer nach der ersten Rückenoperation 2009 in beiden Beinen nachmittags und zunehmend gegen Abend unangenehme Missempfindungen aufgetreten seien. Auf Bewegung würden die Beschwerden kurzzeitig besser. Diese beschriebenen Symptome würden gut zu einem Restless-Legs-Syndrom passen. Ein Kontext mit der Rückenoperation im 2009 erscheine eher unwahrscheinlich. Für eine Polyneuropathie ergäben sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise, weshalb auf eine elektrophysiologische Untersuchung verzichtet werde.

Gemäss Bericht des Spitals Q._____ vom 6. August 2012 (AB 82) beständen vier Monate postoperativ nach wie vor Schmerzen sowohl im BWS- als auch im HWS-Bereich. Die Anspruchshaltung des Beschwerdeführers vier Monate nach der Operation sei zu gross. Die Arbeit als ... werde wahrscheinlich auch in Zukunft nicht mehr möglich sein. Tätigkeiten mit

wechselnd sitzender und stehender Belastung sollten jedoch ab sechs Monaten postoperativ möglich sein.

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Tropen- und Reisemedizin sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, führte in der Stellungnahme vom 5. Oktober 2012 (AB 85) aus, das im Gutachten (vgl. E. 3.1.7 hiervor) formulierte Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit. Die am 28. März 2012 vorgenommene Spondylodese an der HWS (vgl. E. 3.1.8 hiervor) habe zu einer wesentlichen Verbesserung der Beschwerden geführt. Nach Ablauf einer gewissen Rehabilitationsphase bestehe keine andauernde zusätzliche Auswirkung mehr auf die Arbeitsfähigkeit.

3.1.10 Im Sprechstundenbericht des Spitals Q. _____ vom 13. Januar 2013 (AB 99/8 f.) diagnostizierte Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, exazerbierte cervikothorakale Schmerzen bei Status nach Fusion C6/7 im März 2012 sowie einen Status nach Spondylodese-Anlagerung nach probatorischer Ruhigstellung L4/5 nach Diskusprothesenimplantation. Es beständen weiterhin starke Schmerzen zervikal sowie lumbal mit Schmerzausstrahlung ins rechte Bein. Intermittierend würden insbesondere abends auch Kribbelparästhesien in beiden Armen auftreten. Ein MRI der ganzen Wirbelsäule vom 16. November 2012 zeige einen Status nach ventraler interkorporeller Spondylodese C6/7 sowie einen Status nach Spondylodese L4/5 nach Diskusprothesenimplantation L4/5. Es zeige keine Spinalkanalstenose oder Myelopathie und es bestehe kein Hinweis für eine Neurokompression. Ein objektivierbares, bildmorphologisches Korrelat liege nicht vor. Aus chirurgischer Sicht könne dem Beschwerdeführer daher aktuell keine Verbesserung der jetzigen Situation angeboten werden. Am ehesten zielführend sei aktuell eine stationäre Rehabilitation mit ganzheitlicher Behandlung der Beschwerdesituation. Die Zuweisung in eine psychosomatische Beurteilung durch das Spital R. _____ werde besprochen. Bis dahin bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.11 Im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie bei chronischer Schmerzstörung im Spital R. _____ wurden im Austrittsbericht vom 28. August 2013 (AB 122) eine chronische Schmerzstörung mit somati-

schen und psychischen Faktoren, ein Opiatabhängigkeitssyndrom (Heroin 1998-2000), gegenwärtig abstinent, ein Nikotinabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch, eine Vitamin D-Hypovitaminose (40 nmol/L), eine Vitamin B12-Hypovitaminose (200 pmol/L), der Verdacht auf eine mediale Meniskushinterhornläsion des Kniegelenks rechts und der Verdacht auf eine Dupuytren-Kontraktur Dig. V Hand links diagnostiziert. Als Nebendiagnose wurde ein Restless-Legs-Syndrom aufgeführt. Im Rahmen einer anästhesiologischen Beurteilung sei die Umstellung auf Methadon empfohlen worden. Diese habe mit vorsichtiger Dosissteigerung vollzogen werden können und bewirke eine deutliche Schmerzminderung bei anfänglich erheblichem Vomitus. Die Schmerzlinderung habe eine aktivere Teilnahme an den bewegungsorientierten Therapieangeboten ermöglicht. In den psychologischen und ärztlichen Gesprächen sei immer wieder die Kränkung durch die IV-rechtlichen Auseinandersetzungen deutlich geworden. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der stationären Therapie durchaus Selbstwirksamkeit entwickeln und die Steigerung des Aktivitätsniveaus auch hinsichtlich des Selbstwertgefühls, der Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit usw. als langfristige Therapie definieren können. Eine Reintegration wäre auch hinsichtlich der Tagesstruktur wünschenswert, allerdings sei vorgängig die Klärung der sozialrechtlichen Konstellation notwendig.

3.1.12 Im Sprechstundenbericht Kniechirurgie des Spitals Q. _____ vom 2. September 2013 (AB 127/2) wurden eine medial beginnende Degeneration sowie ein Hoffa-Impingement am rechten Knie diagnostiziert. Es beständen mediale und retropatellär Schmerzen, welche mit den radiologischen Befunden korrelierten. Prinzipiell stehe ein konservatives wie auch ein operatives Regime zur Verfügung. Das Kniegelenk dürfe nach Massgabe der Beschwerden belastet werden, übermässiges Heben und impaktartige Belastungen seien nicht zu empfehlen.

3.1.13 Im neurochirurgischen Gutachten vom 10. Dezember 2013 (AB 132.1) diagnostizierte Dr. med. F. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Zervikozephalales Schmerzsyndrom mit nächtlicher Gefühlstörung Arme mit/bei

- Status nach Dekompression und ventraler interkorporeller Spondylodese C6/7
 - neurologisch:
 - gute Beweglichkeit HWS
 - kein neurologisches Defizit
 - radiologisch/neuroradiologisch (zusammengefasst):
 - freier Spinalkanal nach Spondylodese C6/7 bei intaktem Osteosynthesematerial
 - flache dorsale Discushernie C5/6 und Th2/3 ohne Neurokompression
 - leichtgradige degenerative Veränderungen multietager
2. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit rezidivierenden Beinbeschwerden beidseits mit/bei
- Status nach Discectomie und Bandscheibenprothese L4/5
 - Status nach probatorischer Stabilisierung mit fixateur externe
 - Status nach Knochenanlagerung und dorsaler Spondylodese L4/5
 - Status nach Facetteninfiltration
 - neurologisch:
 - gute Beweglichkeit LWS
 - Sensibilitätsstörung rechtes Bein lateral und median (ohne neurologische Zuordnungsmöglichkeit)
 - kein motorisches Defizit oder Reflexstörung
 - radiologisch/neuroradiologisch (zusammengefasst):
 - intaktes Osteosynthesematerial L4/5
 - leichte degenerative Veränderungen mehrerer Etagen
 - keine Fehlhaltung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Appendektomie, Claviculafraktur rechts, Meniscusläsion rechts, leichtgradige Hämorrhoiden, ein Status nach Opiatabhängigkeit (aktuell abstinert), ein Restless-Legs-Syndrom sowie ein Nikotinabusus genannt.

Für die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnitt sowie für die Arm- und Beinbeschwerden habe kein neurologisches oder radiologisch/neuroradiologisches Korrelat gefunden werden können. Der bildgebende postoperative Befund der HWS und LWS habe korrekte Verhältnisse ergeben, neurologisch könne von einem sehr guten postoperativen Resultat ausgegangen werden bei guter Beweglichkeit des zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnittes ohne radikuläre Störung. Die Sensibilitätsstörung der linken unteren Extremitäten entspreche keiner radikulären Störung und stelle kein sich funktionell auswirkendes Defizit dar. Somit liege eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule vor, welche eine körperlich belastende Tätigkeit nicht zulasse. Eine leichte angepasste Tätigkeit sei jedoch ganztags während 8.5 Stun-

den an fünf Wochentagen zumutbar. Wegen zusätzlicher kurzer Lockerungspausen müsste mit einer Leistungseinbusse von maximal 15 bis 20% gerechnet werden. Zumutbar seien weiterhin leichte Arbeiten mit Gewichte heben und tragen von 10 bis 12 kg; Stehdauer, Sitzdauer und Gehstrecke lägen bei gut einer Stunde. Eine einschränkende Einwirkung im Sinne einer Konzentrationsstörung sei weder vom Beschwerdeführer erwähnt noch während der Untersuchung festgestellt worden. Prognostische Angaben seien schwierig zu machen, aufgrund der aktuellen Befunde müsse in nächster Zeit jedoch nicht mit einer akuten Verschlechterung des wirbelsäulenbedingten Gesundheitszustandes gerechnet werden, da keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der Anschlusssegmente der Operationszonen vorlägen. Medizinische Massnahmen drängten sich – abgesehen von einer aufbauenden Rückengymnastik – aktuell keine auf.

Der Beginn der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit dürfte theoretisch seit dem 1. Januar 2013 bestehen, sei jedoch infolge von Schmerzschüben und dem Spitalaufenthalt im Spital R._____ nicht realisierbar gewesen. Was eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vor der Begutachtung durch Dr. med. D._____ (vgl. E. 3.1.7 hiervor) anbelange, lägen für diese Zeit vor der Abklärung keine neurologischen Befunde einer zervikalen Neurokompression vor, weshalb sich auch keine Arbeitsunfähigkeit rückwirkend für den Zeitraum vor der Begutachtung durch Dr. med. D._____ bestätigen lasse. Von Dr. med. K._____ sei am 28. August bzw. 22. Oktober 2010 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden, am 13. Januar 2013 sei diese bis zum Eintritt ins Spital R._____ verlängert worden (vgl. E. 3.1.10 hiervor). Nach Austritt aus dem Spital R._____ am 7. August 2013 sollte ein Einsatz für eine leichte angepasste Tätigkeit zu 80 bis 85% möglich sein.

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 anzuge-

ben, 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).

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

3.2.2 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 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2014 (AB 141) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____ und E._____ (AB 59.2) sowie jenes von Dr. med. F._____ (AB 132.1).

Die Gutachten erfüllen die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.1

hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Sie beruhen auf eigens durchgeführten Untersuchungen, sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren sind sie in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Die Gutachten decken sich im Übrigen mit den übrigen Berichten der behandelnden Ärzte was Befunderhebung und Diagnostik betrifft, insbesondere aber auch hinsichtlich des (medizinischen) Verlaufs.

Daraus ergibt sich, dass die Behandlung der seit 2009 bestehenden Problematik der degenerativen LWS-Veränderungen im Bereich L4/5 und L5/S1 zunächst mit gutem Resultat erfolgte (vgl. E. 3.1.2 f. hiervor). Die (jeweils) weiterhin geklagten Beschwerden (vgl. etwa E. 3.1.4 ff. hiervor) konnten in der Folge weder von den (je ihr Segment) der Wirbelsäule behandelnden Ärzten noch den Gutachtern (vgl. E. 3.1.7 und 3.1.13 hiervor) somatisch erklärt werden. In diesem Sinne war denn auch der vom Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen Gutachter geschilderte Tagesablauf (AB 57/14) keineswegs derart, dass hieraus die geltend gemachten Einschränkungen abgeleitet werden könnten bzw. diese sich darin spiegeln würden, gab er doch an, (kleinere) Haushaltstätigkeiten wie auch sonstige (körperliche) Tätigkeiten ausführen zu können, dies nebst leidenschaftlichem (intensiven) Gamen. Die alsdann im November 2012 neu geklagten Beschwerden konnten dem Bereich C6/7 zugeordnet werden, woraufhin am 28. März 2012 eine entsprechende Dekompression und ventrale interkorporelle Spondylodese durchgeführt wurden (vgl. E. 3.1.8 hiervor). Das Gutachten von Dr. med. F. _____ (AB 132.1) berücksichtigt die nach der ersten Begutachtung neu festgestellte behandlungsbedürftige Problematik im Bereich C6/7 wie auch die Resultate der entsprechenden operativen Versorgung. Nachvollziehbar und überzeugend hat die Gutachterin diese in den Gesamtkontext gestellt.

Die gutachterliche Beurteilung, wonach eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollschichtig (bei einer Leistungseinbusse infolge Lockerpausen von maximal 15 bis 20%; vgl. E. 3.1.13 hiervor) möglich ist, wurde nachvollziehbar begründet und stimmt im Ergebnis auch mit den sonstigen Arztberichten überein. Dass inzwischen und nach Verfügungser-

lass eine Depression aufgetreten sein soll (vgl. Beschwerde S. 43) – nachdem zuvor der Gutachter in unbestrittener Weise eine psychische Störung ausgeschlossen hatte (AB 59/3; vgl. auch E. 3.1.7 hiervor) –, ist im vorliegenden Verfahren nicht entscheidwesentlich und kann im Übrigen auch nicht dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreiben vom 29. September 2014 (BB 56) von lic. phil. L. _____, Psychologin FSP, entnommen werden. Gleiches gilt für die am 27. Oktober 2014 komplikationslos verlaufene Knieoperation (BB 58), zumal in dieser Hinsicht für angepasste Arbeiten zu keinem Zeitpunkt eine längere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (vgl. BB 57). In dieses Bild passt letztlich, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich im Spital R. _____ psychosomatisch betreut wurde. Dafür, dass vor Verfügungserlass eine nicht überwindbare psychische Störung bestanden hätte, liegen nach dem Dargelegten keine Anhaltspunkte vor.

Dass ferner die Gutachterin Dr. med. F. _____ ihr Gutachten in Kenntnis der Methadoneinnahme zur Schmerzlinderung verfasst hat (vgl. AB 132.1/16 ff.), ohne diesem Umstand einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen, ist ebenfalls nicht zu beanstanden, zumal Konzentrationsstörungen weder vom Beschwerdeführer erwähnt noch während der Untersuchung festgestellt wurden und der Beschwerdeführer sich gemäss seinen Schilderungen sehr wohl auf seine Hobbys konzentrieren kann. Ausserdem wird das Methadon im Rahmen einer ärztlichen Behandlung abgegeben.

Weiter ist dem beschwerdeweise vorgebrachten Einwand, die Gutachterin Dr. med. D. _____ habe die Probleme an der Halswirbelsäule nicht erwähnt bzw. nicht erkannt (vgl. Beschwerde S. 19 ff.), nicht zu folgen, zumal der Beschwerdeführer selbst diese anlässlich der neurochirurgischen Untersuchung vom 17. Oktober 2011 nicht angab, nannte er doch lediglich bewegungs- und belastungsverstärkte lokale lumbale Rückenschmerzen im Bereich der mittleren/unteren Lendenwirbelsäule, welche in das rechte Bein ausstrahlten (AB 51/13). Diese Angaben decken sich denn auch weitgehend mit dem kurz vor der Begutachtung erstellten Bericht von Prof. Dr. med. H. _____ vom 17. Juli 2011 (vgl. E. 3.1.6 hiervor) und jenem der Orthopädie des Spitals O. _____ vom 8. Juli 2011 (AB 43/10). Dass die

cervicalen Beschwerden im Zeitpunkt der Untersuchung bereits bestanden hätten, lässt sich den Akten so jedenfalls nicht entnehmen. Zum gleichen Resultat kommt auch die Gutachterin Dr. med. F. _____ (AB 132.1/26). Auch dass Dr. med. D. _____ trotz Kenntnis der Kribbelempfindungen kein MRI der Halswirbelsäule durchgeführt hat, ändert an der Beweiskraft des Gutachtens nichts, konnten doch auch die jeweiligen Fachärzte diese nicht zuordnen.

Schliesslich ist die Kritik, welche der Beschwerdeführer an den RAD-Berichten vorbringen lässt (vgl. Beschwerde S. 17 f., 19, 23), von vornherein unbehilflich, weil diesen für die Beurteilung im vorliegenden Fall keine massgebliche Bedeutung zukommt. Da somit auf sämtliche Gutachten abgestellt werden kann, erübrigen sich weitere Begutachtungen (neurologische/orthopädische/neurochirurgische, pharmakologische und psychiatrische; vgl. Beschwerde S. 2).

3.4 Den Gutachtern zufolge sind dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar, immerhin aber noch körperlich leichtere Tätigkeiten, wobei die Grenze bei einer Gewichtsbelastung von 10 bis 12 kg (so Dr. med. F. _____; vgl. E. 3.1.13 hiervor) bzw. 20 kg (so Dres. med. D. _____ und E. _____ noch vor der letzten Operation; vgl. E. 3.1.7 hiervor) liegt. Im Rahmen dieses Belastungsprofils erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer übereinstimmend zu 100% (ganztags während 8.5 Stunden an fünf Wochentagen) arbeitsfähig. Nach Ansicht der Dres. med. D. _____ und E. _____ bestand dabei keine verminderte Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.1.7 hiervor), wogegen Dr. med. F. _____ aktuell von einer Leistungseinbusse von maximal 15 bis 20% wegen zusätzlicher kurzer Lockerungspausen ausgeht (vgl. E. 3.1.13 hiervor). Den gutachterlichen Einschätzungen zufolge war der Beschwerdeführer demnach ab dem Jahr 2010 (AB 51/24 Ziff. 6) für körperlich leichtere Tätigkeiten voll und ohne Leistungseinbusse arbeitsfähig. Nach der medizinisch begründeten befristeten Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit nach Operation und Rekonvaleszenz (AB 141; vgl. auch AB 132.1/24 Ziff. 6) ist er nun mit vollem Pensum bei einer Leistungseinbusse von 15 bis 20% bzw. gemittelt 17.5% arbeitsfähig. Gestützt darauf ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bemessen. Dabei ändert sich nichts am Ergebnis, wenn die

Leistungseinbusse von gemittelt 17.5% bei vollschichtig möglicher Erwerbstätigkeit bereits ab frühestmöglichem Rentenbeginn berücksichtigt würde.

3.5 Nicht zu beanstanden ist die Annahme der Beschwerdegegnerin, die einjährige Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG habe im September 2009 begonnen und damit im September 2010 geendet (vgl. AB 141/4). Ab diesem Zeitpunkt war die (volle) Arbeitsfähigkeit im ursprünglichen Tätigkeitsbereich als ... für schwere Arbeiten in ... nicht mehr gegeben (vgl. AB 13/2). Die IV-Anmeldung erfolgte im September 2010 (AB 6), weshalb ein Rentenanspruch frühestens ab März 2011 bestehen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG). Gegen Ende 2010 war dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit wieder vollschichtig zumutbar (vgl. AB 15/9 f.). Auf dieser Basis ist der Invaliditätsgrad zu berechnen.

4.

4.1 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325)

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

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

4.2

4.2.1 Gemäss den Lohnabrechnungen der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers betrug dessen monatlicher Verdienst im Jahr 2010 Fr. 4'508.-- zuzüglich einer Schichtzulage in der Höhe von Fr. 901.60 (AB 3), was einem Jahreslohn von Fr. 69'423.20 ($[13 \times \text{Fr. } 4'508.--] + [12 \times \text{Fr. } 901.60]$) entspricht. Soweit der Beschwerdeführer bereits ab März 2011 (vgl. E. 3.5 hiervor) eine Rente beantragt, ist dieser Jahreslohn auf das Jahr 2011 zu indexieren, womit ein Valideneinkommen von Fr. 70'048.30 ($\text{Fr. } 69'423.20 / 100 \times 100.9$ [BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Wirtschaftszweig C {Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren}, Index 2010: 100 Punkte, Index 2011: 100.9 Punkte]) resultiert. Die Abweichung zur Berechnung der Beschwerdegegnerin, welche von einem Valideneinkommen von Fr. 70'101.-- ausging (AB 141/4), ist minim und liegt im statistischen Streubereich. Im Ergebnis spielt es letztlich keine Rolle, auf welchen Wert abgestellt wird.

Bezüglich der vom Beschwerdeführer geforderten Rente über den 30. November 2013 hinaus wäre dieses Valideneinkommen (wie dann auch das Invalideneinkommen; vgl. E. 4.2.2 nachfolgend) auf das Jahr 2013 aufzuindexieren, wobei allein die Indexierung auf den so berechneten Invaliditätsgrad jedenfalls keine rentenrelevante Auswirkung haben kann, weshalb auf eine erneute Berechnung der Indexierung verzichtet werden kann.

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohns zu bestimmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Gemäss der Tabelle TA1 der LSE für das Jahr 2010 beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Anforderungsniveau 4, Total, Männer) Fr. 4'901.--. Aufgerechnet auf ein Jahr ($\text{Fr. } 4'901.-- \times 12 = \text{Fr. } 58'812.--$), arbeitszeitbereinigt ($\text{Fr. } 58'812.-- / 40 \times 41.7$ [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Total] = Fr. 61'311.50) und nach Vornahme der Indexierung ($\text{Fr. } 61'311.50 / 100 \times 101.0$ [BFS, T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2010: 100 Punkte, Index 2011: 101 Punkte]) beträgt das lohnstatistische Jahreseinkommen bei einem vollen Pensum somit Fr. 61'924.60. Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Leistungseinbusse von gemittelt 17.5% bei einer vollschichtig möglichen Erwerbstätigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) ergibt dies ein Einkommen

von Fr. 51'087.80 (Fr. 61'924.60 x 0.825). Da den medizinischen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit Rechnung getragen wird, ist ein eigentlicher behinderungsbedingter Abzug nicht vorzunehmen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2011, 8C_261/2011, E. 7.3). Auch andere invaliditätsfremde Gründe sind zu verneinen; der Beschwerdeführer ist Schweizer Bürger und noch nicht einmal 40 Jahre alt (vgl. E. 4.1.2 hiavor).

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (zu Gunsten des Beschwerdeführers wird auf das von der Beschwerdegegnerin berechnete [höhere] Valideneinkommen von Fr. 70'101.-- abgestellt) resultiert bestenfalls ein Invaliditätsgrad von 27.12% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

Damit bestand mangels eines rentenberechtigenden Invaliditätsgrads von 40% (vgl. E. 2.2 hiavor) weder für die Zeit vor (d.h. vom 1. März bis 31. Dezember 2011) noch nach (d.h. ab 1. Dezember 2013) der befristeten Rentenzusprechung (vom 1. Januar 2012 bis 30. November 2013) ein Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht allein eine befristete Rente zugesprochen hat (vgl. hierzu gleich E. 4.3).

4.3 Für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 30. November 2013 bejahete die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (AB 141/5). Grund dafür war die Feststellung einer neuen Problematik im Bereich C6/7 (vgl. z.B. AB 63/17). Wird berücksichtigt, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes grundsätzlich drei Monate nach Eintritt rentenrelevant ist (vgl. E. 2.4.2 hiavor), so ist die Annahme einer 100%-igen Invalidität ab Januar 2012 angesichts der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. med. D. _____ am 27. September 2011, in der die entsprechende Problematik noch nicht erhoben werden konnte, zweifellos nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers. Im März 2012 erfolgte eine Operation mit anschliessender Rekonvaleszenz (AB 132.1/12). Die Annahme einer Einschränkung zu 100% in diesem Zusammenhang ist nicht zu beanstanden. Gleichermassen nicht zu beanstanden ist die Annahme der Beschwerdegegnerin, die Restarbeitsfähigkeit sei auf jeden Fall im August 2013 wieder eingetreten, dies mit der Folge, dass die Voraussetzun-

gen für eine Rentenzusprache nicht mehr erfüllt seien, zumal die somatischen Beschwerden bereits früher wieder zurückgegangen waren und Dr. med. F. _____ im neurochirurgischen Gutachten ausgeführt hatte, seit dem 1. Januar 2013 sei er in einer angepassten Tätigkeit wieder arbeitsfähig (AB 132.1/26). Der Aufenthalt zur allein psychosomatischen Behandlung im Spital R. _____ hatte an sich invalidenversicherungsrechtlich keine Bedeutung. Dass die Rente somit nach dreimonatiger Frist erst auf Ende November 2013 aufgehoben wurde (AB 141/5), ist deshalb sicher nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers.

4.4 Nach dem Ausgeführten erweist sich die befristet zugesprochene ganze Rente für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 30. November 2013 als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 18. August 2014 ist demnach unbegründet und somit abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.-- zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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