

200 14 828 IV  
SCJ/WSA/SEE

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. April 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Winz

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. August 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1968 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 15. August 1985 mit dem Mofa einen Verkehrsunfall, bei dem er sich rechts eine Oberschenkelquerfraktur und eine Patella-längsfraktur zuzog (Akten der Invalidenversicherung, Teil C [act. II], 1.2 S. 47 f.). Am 16. August 1991 wurde dem Versicherten, welcher bis am 31. Juli 1991 als ... (vgl. act. II 1.1 S. 14) tätig war, von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) eine Umschulung in Form einer dreijährigen ...ausbildung zugesprochen (act. II 1.1 S. 105). Sodann wurde ihm mit Sekretariatsbeschluss vom 13. Dezember 1991 (act. II 1.1 S. 84) Kostengutsprache für ein Hilfsmittel (Bandscheibendrehstuhl) erteilt.

Im Oktober 1996 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV und beantragte Arbeitsvermittlung und eine Rente (act. II 1.1 S. 59 ff.). Mit Verfügung vom 4. Juni 1998 (act. II 1.1 S. 1 ff.) sprach ihm die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) bei einem Invaliditätsgrad von 44% eine halbe Härtefallrente zu.

### **B.**

Im Rahmen einer von Amtes wegen durchgeführten Revision (act. II 2) stellte die IVB die halbe Härtefallrente des Versicherten mit Verfügung vom 11. Juli 2000 (act. II 11) ein. Dieser Entscheidung wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 17. November 2000, IV 58256 (act. II 14), bestätigt.

Ein Gesuch des Versicherten vom 1. Juni 2002 (act. II 19) um Übernahme von Umschulungskosten wies die IVB mit Verfügung vom 7. Februar 2003 (act. II 31) ab.

**C.**

Im Februar 2004 meldete sich der Versicherte abermals bei der IV zum Leistungsbezug an und beantragte eine Umschulung auf eine neue Tätigkeit (...). Eventualiter ersuchte er um Ausrichtung einer Rente (act. II 36). Nach verschiedenen Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. August 2004 (act. II 45) bzw. Einspracheentscheid vom 23. November 2004 (act. II 57) ab. Die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten vom 27. Dezember 2004 (Beilage zu act. II 58) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 19. August 2005, IV 65184 (Akten der Invalidenversicherung, Teil B [act. IIA], 70), gut. Es hob den angefochtenen Entscheid auf und wies die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IVB zurück.

**D.**

In der Folge gab die IVB beim C. \_\_\_\_\_ (MEDAS) eine interdisziplinäre (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) Begutachtung des Versicherten in Auftrag. Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 14. März 2007 (act. IIA 80) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 10% einen Anspruch sowohl auf eine Umschulung (Verfügung vom 30. Mai 2008 [act. IIA 88]) als auch auf eine Rente (Verfügung vom 2. Juni 2008 [act. IIA 89]). Beide Verfügungen wurden mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 29. Januar 2009, IV 69558 und IV 69559 (act. IIA 98), und mit Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 3. April 2009, 9C\_206/2009 (Akten der Invalidenversicherung, Teil A [act. IIB], 101), bestätigt.

**E.**

Im Mai 2013 meldete sich der Versicherte wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an und beantragte unverändert berufliche Massnahmen und eine Rente (act. IIB 109). Nachdem die IVB zunächst ein Nichteintreten auf

die Neuanschuldung in Aussicht gestellt hatte (act. IIB 115), trat sie nach Eingang einer ärztlichen Bescheinigung des behandelnden Arztes datierend vom 30. Juni 2013 (act. IIB 121 S. 2 ff.) sowie nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (act. IIB 125) auf die Neuanschuldung des Versicherten ein und gab bei den Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Auftrag. Gestützt auf die beiden Gutachten vom 17. März 2014 (act. IIB 132.1) und vom 12. Mai 2014 (act. IIB 136.1) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Mai 2014 (act. IIB 138) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht.

Gegen den vorgesehenen Entscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 22. Juli 2014 den Einwand, auf die beiden Gutachten vom 17. März 2014 (act. IIB 132.1) und vom 12. Mai 2014 (act. IIB 136.1) könne nicht abgestellt werden, weil sie schwere Mängel aufweisen würden. Sodann habe es die IVB zu Unrecht unterlassen, seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch aus internistischer und arbeitsmedizinischer Sicht abzuklären (act. IIB 144).

Nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIB 147 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149) bei einem Invaliditätsgrad von 23% einen Rentenanspruch.

## **F.**

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 10. September 2014 Beschwerde und beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge, die Verfügung vom 5. August 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, welches seine Leistungseinschränkungen in rechtsgenügender Weise feststelle. Auf dieser Basis sei der Invaliditätsgrad neu zu berechnen. Eventualiter sei der Invaliditätsgrad auf der Basis der von den behandelnden Ärzten ausgewiesenen Leistungseinschränkungen festzusetzen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 5. Januar 2015 bzw. Duplik vom 29. Januar 2015 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149), mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.2** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch

aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

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

**2.4** 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).

**2.5** 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).

**2.6** 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). 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).

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).

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).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu prüfen gilt es somit zunächst, ob im Vergleich zur Sach-

lage, wie sie der Verfügung vom 2. Juni 2008 (act. IIA 89) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** In der ursprünglichen Verfügung vom 2. Juni 2008 (act. IIA 89) wurde auf das sowohl vom Verwaltungsgericht (act. IIA 98 S. 15 E. 5) als auch vom Bundesgericht (act. IIB 101 S. 5 E. 4.3) für schlüssig befundene MEDAS-Gutachten vom 14. März 2007 (act. IIA 80) verwiesen und abgestellt. Darin diagnostizierten die Dres. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Endokrinologie/Diabetologie FMH, G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Folgendes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Posttraumatische Femoropatellararthrose rechts bei
  - Status nach Motorradunfall am 15.8.1985 mit
  - Oberschenkelquerfraktur und Patellalängsfraktur rechts
2. Fortgeschrittene Chondrose und beginnende Spondylarthrose L5/S1 mit
  - diskreter Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1
3. Weichteilrheumatisches Syndrom im Bereich des Schultergürtels und paracervical beidseits

Die Gutachter hielten fest, aus internistischer und psychiatrischer Sicht seien keine Befunde zu erheben, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränken würden. Die rheumatologischen Befunde würden den Beschwerdeführer lediglich in ausgesprochener Schwerarbeit beeinträchtigen. So seien ihm Tätigkeiten mit repetitiver Flexion der LWS sowie Gewichte heben über zehn Kilogramm und ständiges Treppensteigen nicht mehr möglich. Eine leichtere, administrative Tätigkeit wie diejenige eines kaufmännischen Angestellten, mit abwechslungsweise sitzender und stehender Position, sei jedoch uneingeschränkt zumutbar.

**3.3** Im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 2. Juni 2008 (act. IIA 89) und jener vom 5. August 2014 (act. IIB 149) entwickelte sich der medizinische Sachverhalt gemäss Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Im MRI der LWS vom 24. November 2008 zeigte sich eine dorsale subligamentäre Bandscheibenvorwölbung auf mehreren Höhen ohne Anhaltspunkte für Wurzelkompression sowie eine leichtgradig aktivierte Osteochondrose auf Höhe L5/S1 (act. IIA 98 S. 20).

**3.3.2** Am 9. Januar 2009 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, ein chronifiziertes rezidivierendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Beschwerden bei Verdacht auf symptomatische Facettarthrose L5/S1 mit Mikroinstabilität, eine deutliche Osteochondrosis deformans L5/S1 mit degenerativer Pseudoretrolisthese des LWK5 auf S1 sowie einen Status nach schwerem Motorradunfall mit Knie- und Femurverletzung rechts vor über 20 Jahren (act. IIB 110 S. 11 f.).

**3.3.3** Med. pract. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie FMH, hielt im Bericht vom 23. Juli 2012 (Beilage zu act. IIB 110) fest, eine im Februar 2012 erfolgte MRI-Untersuchung zeige eine deutliche Verschlechterung mit biforaminaler knöcherner Stenose auf L5. In der rechten Schulter präsentiere sich sodann die Supraspinatussehne mit Signalalteration ventral. Auf der MRI-Aufnahme der BWS und HWS seien eine Gefügelockerung C6/7, eine Steilstellung der HWS, eine geringe Höhenminderung der Disci thorakal und vereinzelt Spondylophyten cervical und thorakal sichtbar. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60-100%.

**3.3.4** Im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. März 2014 (act. IIB 132.1) aus, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleiben würden eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) sowie akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Im MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2008 (recte: 2007) habe ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Seither sei es zu keiner we-

sentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Im Bericht vom 25. Februar 2013 der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ sei lediglich eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) diagnostiziert worden. Gemäss ICD-10 handle es sich dabei um eine leichtgradige Störung. Die in diesem Bericht beschriebenen Befunde der Hoffnungslosigkeit und Deprimiertheit hätten in der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden können. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ beschreibe eine Verschlechterung des psychischen Zustandes, der Beschwerdeführer klage über ständiges Grübeln, starke Schmerzen sowie eine Angst vor der Zukunft. Weitere subjektiv geklagte depressive Beschwerden würden nicht beschrieben und könnten auch aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde und anamnestisch retrospektiv nicht eruiert werden. Diese subjektiv geklagten Beschwerden seien unter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu subsumieren. Differentialdiagnostisch wäre an eine Angst- und depressive Störung zu denken, doch auch diese Beschwerden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

**3.3.5** Im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. Mai 2014 (act. IIB 136.1) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ Folgendes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Status nach Motorradunfall am 15.08.1985 mit

- Status nach Oberschenkelfraktur rechts mit Marknagelung 1987
- Status nach Patellatrümmerfraktur mit Verschraubung und später Schraubenentfernung, sowie Entwicklung einer posttraumatischen Pagonarthrose rechts, vordergründig Femoropatellararthrose (ICD-10: M17.3)

Beginnende Coxarthrosen beidseits (Röntgen vom 07.02.2012) (ICD-10: M16.2)

Chronisches Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Bandscheibe C6/7 (ICD-10: M54.0)

Chronisches Lumbovertebralsyndrom und chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom beidseits, bei degenerativen Veränderungen (MRI vom 07.02.2012 Diskusprotrusion, Osteochondrose und biforaminalen Stenosen ohne Zeichen einer Wurzelkompression L5/S1) (ICD-10: M54.5)

Die ursprüngliche Arbeit als ... könne der Beschwerdeführer nicht mehr ausüben. Er sei deswegen bereits zum ... umgeschult worden. Diese Tätigkeit habe der Beschwerdeführer gemäss MEDAS-Gutachten uneingeschränkt ausüben können. Es sei jedoch anzunehmen, dass er seit der

nachgewiesenen deutlichen Progredienz und Aktivierung der lumbosakralen Diskopathie im November 2008 auch in der leichten Tätigkeit als ... wegen Auftreten von belastungsabhängigen Lumbalgien im Sitzen mehr Pausen benötige und deswegen in der Leistungsfähigkeit schätzungsweise 20% bis maximal 25% eingeschränkt sein dürfte.

Im Rahmen einer telefonischen Besprechung kamen die Gutachter D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ am 17. März 2014 zum Schluss, dass als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des rheumatologischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden könne, da sich aus rein psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse (act. IIB 137).

**3.4** 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).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich 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. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 6.1.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (BGer 8C\_441/2012, E. 6.1.3).

**3.5** Die angefochtene Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149) basiert auf der interdisziplinären Begutachtung durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_. Die beiden Gutachten vom 17. März 2014 (act. IIB 132.1) und vom 12. Mai 2014 (act. IIB 136.1) erfüllen die beweismässigen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihnen voller Beweiswert zukommt. So bezogen sich die Gutachter auf das revisionsrechtliche Beweisthema, stellten die früheren medizinischen Befunde den aktuellen vergleichend gegenüber und zeigten nachvollziehbar auf, dass aus psychiatrischer Sicht weiterhin keine Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden können. Aus rheumatologischer Sicht ist hingegen insofern eine für die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers relevante Verschlechterung gegenüber dem der Verfügung vom 2. Juni 2008 (act. IIA 89) zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalt eingetreten, als es zu einer deutlichen Progredienz und Aktivierung der lumbosakralen Diskopathie gekom-

men ist, wodurch der Beschwerdeführer seit November 2008 auch in der leichten Tätigkeit als ... wegen Auftretens von belastungsabhängigen Lumbalgien im Sitzen mehr Pausen benötigt. Dadurch ergibt sich gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung der Gutachter neu eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 25%.

**3.6** Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einwendungen sprechen nicht gegen die Zuverlässigkeit der bidisziplinären Begutachtung.

**3.6.1** Zunächst rügt er in formeller Hinsicht, es hätte anstelle einer bidisziplinären eine polydisziplinäre Begutachtung angeordnet werden müssen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen bestehen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352): Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär anzulegen sein. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Die Voraussetzungen sind vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2014, 9C\_651/2014, E.6.1). Im vorliegenden Fall weist der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, in seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2014 (act. IIB 148) zu Recht darauf hin, dass die Voraussetzungen für eine bidisziplinäre Begutachtung erfüllt sind, da die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich zwei Fachgebiete beschlägt und keine weiteren interdisziplinären Bezüge notwendig sind. Soweit der Beschwerdeführer aus dem Anhang V des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen Kreisschreibens über das

Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) ableiten will, dass immer zusätzlich eine internistische Untersuchung durchzuführen ist, wenn zwei (andere als internistische) Fachrichtungen begutachtet werden sollen, vermag er nicht zu überzeugen. Die zitierte Fussnote auf S. 97 des KSVI (Stand: 1. Januar 2015) hält lediglich fest, dass bei einer polydisziplinären Begutachtung immer auch die internistische Fachrichtung vertreten sein muss. Daraus lässt sich aber für bidisziplinäre Begutachtungen nichts ableiten. Es kann deshalb offen bleiben, ob die erstmals im Rahmen der Einwendungen vom 22. Juli 2014 (act. IIB 144) vorgebrachten Argumente gegen eine bidisziplinäre Begutachtung zu spät erfolgt sind.

**3.6.2** Weiter lässt der Beschwerdeführer geltend machen, es hätte vom psychiatrischen Gutachter eine aktuelle Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beigezogen werden müssen. Die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2014 (act. IIB 147) dazu ausgeführt, eine aktuelle Einschätzung wäre absolut wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich gewesen. Dem ist zuzustimmen. Abgesehen davon wäre es dem Beschwerdeführer frei gestanden, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens einen entsprechenden Bericht einzureichen.

**3.6.3** Die im Bericht des Spitals N.\_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2011 (Beschwerdebeilage [act. I] 7) lediglich als Differenzialdiagnose in Betracht gezogene rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), ändert entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerdeschrift S. 7 Art. 3) nichts daran, dass bisher keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychiatrische Erkrankung festgestellt wurde. Leicht bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden werden nach der Rechtsprechung regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung dia-

gnostiziert worden ist (vgl. Entscheid des BGer vom 12. Juni 2014, 8C\_195/2014, E. 4.4). In Anwendung der sog. Überwindbarkeitsrechtsprechung (E. 2.2 hiervor) ist Dr. med. D. \_\_\_\_\_ somit zu Recht zum Schluss gelangt (vgl. act. IIB 132.1 S. 16, wo Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sämtliche Foerster-Kriterien überzeugend abhandelt), dass die (allenfalls bestehende) depressive Störung zusammen mit der chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat und damit keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychiatrische Erkrankung vorliegt.

**3.6.4** Im Einwand vom 22. Juli 2014 (act. IIB 144) liess der Beschwerdeführer ausführen, eine ...tätigkeit im (von den Gutachtern) behaupteten Umfang sei bereits aufgrund von Lähmungserscheinungen von der Schulter bis zum Handgelenk rechts nicht möglich. Nachdem der RAD in seiner Stellungnahme vom 29. Juli 2014 (act. IIB 148) darauf hingewiesen hatte, dass bei der Begutachtung keine Paresen (Lähmungen) festgestellt werden konnten, räumte der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift (S. 8 Art. 4) ein, dass möglicherweise die geklagten Beschwerden nicht als Lähmungen zu bezeichnen seien. Der Gutachter habe aber am rechten Ober- und Vorderarm eine verminderte Sensibilität auf Berührung festgestellt. Dazu im Widerspruch stünden seine Angaben, wonach an den oberen Extremitäten keine Sensibilitätsstörungen bestehen würden. Dazu gilt es festzuhalten, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf S. 30 des rheumatologischen Gutachtens (act. IIB 136.1) am rechten Ober- und Vorderarm im Vergleich zu links eine verminderte Sensibilität auf Berührung rapportierte. Wenn der Gutachter dann auf S. 40 zum Schluss gelangt, dass dieser Unterschied in der Sensibilität zwischen der linken und rechten Seite keine Störung darstellt, ist dies nicht zu beanstanden. Abgesehen davon ist nicht ersichtlich, inwieweit eine relativ verminderte Sensibilität das ... behindern sollte, wird doch nicht geltend gemacht (und bestehen auch keinerlei Anzeichen dafür), dass die Sensibilität im rechten Arm gänzlich fehlen würde. Was sodann die kalten Hände mit Handschweiss und leichter livider Verfärbung anbelangt, kann auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 23. September 2014 (in den Gerichtsakten) verwiesen werden, deren Schlüssigkeit durch die Ausführungen in der Replik vom 5. Januar 2015 nicht in Zweifel gezogen wird.

**3.6.5** Soweit der Beschwerdeführer schliesslich einwendet, sein behandelnder Arzt med. pract. J. \_\_\_\_\_ und sein Chiropraktor Dr. O. \_\_\_\_\_ würden ihm nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 80-100% attestieren, ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Kommt hinzu, dass sich weder dem Arzzeugnis des Spitals P. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2014 (act. IIB 134 S. 5) noch jenem von Dr. O. \_\_\_\_\_ (undatiert, act. I 8) eine Begründung oder eine Auseinandersetzung mit den gutachterlichen Einschätzungen entnehmen lässt.

**3.7** Zusammenfassend ist die nach der Verfügung vom 2. Juni 2008 (act. IIA 89) eingetretene Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der angepassten Tätigkeit als ... geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, womit ein Revisionsgrund gegeben ist. Gestützt auf die in den voll beweiskräftigen Gutachten vom 17. März 2014 (act. IIB 132.1) und vom 12. Mai 2014 (act. IIB 136.1) attestierte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von mindestens 75% ist deshalb nachfolgend mittels Einkommensvergleichs die Invalidität neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1) zu bemessen.

#### **4.**

**4.1** 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 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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** In der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149) hat die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen auf die Tätigkeit als ... bei der Q. \_\_\_\_\_ abgestellt (act. II 1.1 S. 14) und dabei das Vali-

deneinkommen aus dem Jahr 1997 (Fr. 55'411.--; act. II 1.1 S. 1 ff.) auf das Jahr 2009 indexiert, was ein Einkommen von Fr. 65'103.00 ergab. Beim Invalideneinkommen berücksichtigte sie die Salärempfehlung des Kaufmännischen Verbandes Schweiz 2009 und ermittelte unter Einbezug der attestierten Leistungseinschränkung von 25% einen durchschnittlichen jährlichen Verdienst von Fr. 49'875.00. Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultierte damit ein Invaliditätsgrad von 23%.

**4.3** Ob für das hypothetische Valideneinkommen auf die Tätigkeit als ... bei der Q.\_\_\_\_\_ abzustellen ist, ist zumindest fraglich, kann aber aufgrund der nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Klar ist, dass nach der Rechtsprechung das Invalideneinkommen bei Fehlen eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens grundsätzlich nicht anhand der unverbindlichen Empfehlungen des Kaufmännischen Verbandes Schweiz zu ermitteln ist, sondern aufgrund der (auf tatsächlich erzielten Gehältern beruhenden) Tabellenlöhne gemäss LSE (Entscheid des BGer vom 9. Juli 2013, 9C\_795/2012, E. 2.2.2).

Wird analog dem Urteil VGE IV 69558 E. 4.3 und 4.4 zugunsten des Beschwerdeführers sowohl beim Validen- wie auch beim Invalideneinkommen auf die LSE 2010, Tabelle T7S, Ziff. 23 (andere kaufmännisch-administrative Tätigkeiten) abgestellt, erübrigt sich die genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid BGer vom 24. Juli 2014, 8C\_450/2014, E. 7.3).

Hinsichtlich eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) fällt einzig das Kriterium der leidensbedingten Einschränkungen in Betracht, da die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) auch bei der Festsetzung des - ebenfalls statistisch erhobenen - Valideneinkommens zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Es rechtfertigt sich aufgrund der auch im Sitzen auftretenden Lumbalgien höchstens ein Abzug von 10%.

Demnach kann der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren Leistungsfähigkeit von mindestens 75% noch 75% des LSE-Tabellenlohnes resp. bei einem zusätzlich behinderungsbedingten Abzug von 10% noch 67.5% des LSE-Tabellenlohnes erzielen ( $75\% \times 0.9$ ), woraus sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 33% ( $100\% - 67.5\%$ ) ergibt.

**4.4** Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 5. August 2014 (act. IIB 149) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- 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 B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - 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.