

200 14 850 IV  
LOU/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Januar 2016**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Juli 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 1996 erstmals zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin]; Antwortbeilage [AB] 1.1 S. 122 – 127). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen durchgeführt hatte, insbesondere ein neurochirurgisches Gutachten vom 28. April 1997 (AB 1.1 S. 86 – 93) inkl. Nachtrag vom 4. Juli 1997 (AB 1.1 S. 78 f.) veranlasste, lehnte sie mit Verfügung vom 10. November 1997 (AB 1.1 S. 67 - 69) einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung ab, der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit als ... voll arbeitsfähig und er sei auch nicht unmittelbar von einer Invalidität bedroht. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 1.1 S. 45 - 49) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 27. Juli 1998, IV 51534/497/97 (AB 1.1 S. 2 -11), ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

### **B.**

Im Januar 2012 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rückenprobleme erneut zum Leistungsbezug bei der IVB an (AB 3). In der Folge holte diese erwerbliche sowie medizinische Unterlagen ein und unterbreitete die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung (AB 19 S. 2 - 4). Am 4. Mai 2012 sprach sie dem Versicherten berufliche Massnahmen zu (AB 20), die auf den 31. Mai 2012 abgebrochen wurden, da der Versicherte eine neue Arbeitsstelle fand (AB 25).

Mit Schreiben vom 5. Januar 2014 (AB 30 S. 1) gelangte der Versicherte wiederum an die IVB und ersuchte um Leistungen der IV. Unter Verweis auf beigelegte Arztberichte (AB 30 S. 2 - 6) führte er aus, bei den täglichen Arbeiten als ... komme es immer wieder zu akuten Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, so dass er manchmal am nächsten Tag arbeitsunfähig sei.

Die IVB nahm daraufhin weitere Abklärungen vor und holte eine Stellungnahme des RAD ein (AB 35). Mit Vorbescheid vom 22. Mai 2014 (AB 46) stellte sie dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 34 % die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nachdem der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 17. Juni 2014 Einwand erhoben hatte (AB 52), verfügte die IVB am 14. Juli 2014 (AB 58) entsprechend dem Vorbescheid. Demgegenüber gewährte sie ihm mit Mitteilung vom 15. Juli 2014 (AB 59) Frühinterventionsmassnahmen in Form von Berufsberatung.

**C.**

Gegen die Verfügung vom 14. Juli 2014 (AB 58) erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 15. September 2014 Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, er wäre ohne Gesundheitsschaden weiterhin für die von C.\_\_\_\_\_ als ... tätig. Die Beschwerdegegnerin habe der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise ein Valideneinkommen von Fr. 109'032.-- zugrunde gelegt. Es sei auf die tatsächlich bei der AHV abgerechnete Jahreslohnsumme abzustellen, welche sich auf Fr. 118'124.-- (recte Fr. 118'126.--) belaufe. Indexiert auf das Jahr 2012 ergebe sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 120'156.--. Der zugrunde gelegte Invalidenlohn von Fr. 72'678.-- gebe zu keinen Bemerkungen Anlass. In Anbetracht der massiven Rückenproblematik mit Versteifung zweier Lendenwirbel stelle sich höchstens die Frage einer Erhöhung des Behindertenabzuges.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2014 verwies die Beschwerdegegnerin auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Juli 2014 (AB 58). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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

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).

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

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 Situa-

tion 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).

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

**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]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 5. Januar 2014 (AB 30) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 10. November 1997 (AB 1.1 S. 67 - 69), bestätigt durch das unangefochten gebliebene Urteil vom 27. Juli 1998, IV 51534/497/97 (AB 1.1 S. 2 - 11), und der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2014 (AB 58) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** Die Verfügung vom 10. November 1997 (AB 1.1 S. 67 - 69) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem neurochirurgischen

Gutachten vom 28. April 1997 (AB 1.1 S. 86 – 93) inkl. Nachtrag vom 4. Juli 1997 (AB 1.1 S. 78 f.).

Im Gutachten führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, als Diagnose eine belastungsabhängige Lumbalgie bei flacher Discushernie L4/5 und leichter S-förmiger Skoliose der BWS/LWS auf (AB 1.1 S. 90). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass neurologisch kein pathologischer Befund erhoben werden könne, es lägen weder radikuläre Ausfalls- oder Reizerscheinungen vor noch ein Lumbovertebralsyndrom. Neurologisch habe sich der Befund trotz weitergeführter Belastung der Wirbelsäule als ... seit dem 26. Oktober 1994 nicht wesentlich verändert (AB 1.1 S. 89). Es liege keine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich vor (AB 1.1 S. 90). Hierbei müsse jedoch betont werden, dass ein Weiterführen dieser Tätigkeit mit dem Risiko einer gesundheitlichen Verschlechterung verbunden sei, indem sich die flache Discushernie L4/5 zu einer echten Discushernie ausweiten könnte. Eine solche Entwicklung brächte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für den Beruf als ... mit sich (AB 1.1 S. 91 f.).

Im Nachtrag vom 4. Juli 1997 (AB 1.1 S. 78 f.) berichtete Dr. med. D. \_\_\_\_\_, neurologisch habe, abgesehen von einer Fehlhaltung im BWS- und LWS-Bereich, kein pathologischer Befund festgestellt werden können, was gegen eine unmittelbar bevorstehende Dekompensation der Wirbelsäule spreche. Auch dass der eindeutig pathologische Befund der Computertomographie mit der Discusprotrusion L4/5 und L5/S1 in dieser Form bereits 1994 vorgelegen habe, spreche nicht für eine in den nächsten Monaten zu erwartende negative Entwicklung.

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustands seit Erlass der Verfügung vom 10. November 1997 (AB 1.1 S. 67 - 69.) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Im Rahmen einer Zweitmeinung diagnostizierte PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, am 8. Juni 2011 eine Anterolisthesis L4/5 bei Lyse bds. sowie eine relative Foramenstenose L4/5 bds. Der Patient leide an einer Claudicatio spinalis Symptomatik bds., so dass von einer instabilen Anterolisthesis L4/5 und einer relativen Kompression

der Wurzel L4 unter axialer Belastung im Bereich der engen Foramina L4/5 bds. auszugehen sei. Bei Persistenz der Beschwerden müsste die Operationsindikation gestellt werden (AB 9.4 S. 6 f.).

Am 31. August 2011 führte PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine mikrochirurgische Recessotomie L3/4 und Foraminotomie L4/5 bds., eine Dekompression der Wurzel L4 bds. sowie eine transpedikuläre Verschraubung und dorsolaterale Spananlage (SSCS) durch (AB 12 S. 13 f.).

Anlässlich der Nachkontrolle vom 10. Oktober 2011 führte er aus, der Verlauf sei erfreulich, da keine relevanten Schmerzen bestünden und der Patient gut mobil sei. Leichte Arbeiten im Haushalt in aufrechter Position seien erlaubt. Der Patient müsse das Korsett weiter tragen. Unter Annahme eines weiter zufriedenstellenden Verlaufs sei ab 1. März (2012) eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit möglich (AB 12 S. 9 f.).

Am 25. November 2011 erwähnte PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_, der Verlauf sei erfreulich, da abgesehen von paroxysmalen lumbosakralen Schmerzen der Patient beschwerdefrei und gut mobil sei. Dieser werde ein vorsichtiges Kräftigungsprogramm selbständig aufnehmen, wobei eine Gewichtslimite von 10 -15 kg nötig sei. Aufgrund der Diagnose und der Operation sei eine Arbeitsunfähigkeit als ... bis einschliesslich 29. Februar 2012 sinnvoll und anschliessend sei eine Arbeitsfähigkeit zumindest von 50 % möglich (AB 12 S. 7 f.).

**3.3.2** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte am 8. Februar 2012 (AB 12 S. 2 - 5) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches recidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, einen Status nach Recessotomie L3/4 und Foraminotomie L4/5, Dekompression der Wurzel L4 bds., transpedikulärer Verschraubung und dorsolateraler Spananlage L4/5 bds. am 31. August 2011, eine Depression mit psychosozialer Problematik und ein jahrelanger Cannabiskonsum. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma 2008, chronische Spannungskopfschmerzen und eine recidivierende Refluxösophagitis (AB 12 S. 2).

**3.3.3** Im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 6. März 2012 (AB 44 S. 2 - 5) über die Hospitalisation vom 9. Januar bis 18. Februar 2012 hielten die

Dres. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und I.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt, als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode mit Suizidgedanken und Zukunftsängsten (ICD-10 F32.11) fest. Zum Psychostatus beim Austritt führten sie weiter aus, es handle sich um einen 42-jährigen, altersentsprechend aussehenden Mann. Das Bewusstsein sei qualitativ und quantitativ gegeben. Die Orientierung sei in allen vier Ebenen erhalten. Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit seien im Gespräch unauffällig. Im Denken sei der Patient formal kohärent, inhaltlich auf die schwierige psychosoziale Situation fokussiert. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Wahn- oder Ich-Störungen. Ein affektiver Rapport sei wenig herstellbar. Die Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Der Affektinhalt sei traurig, verzweifelt, zukunftspektivlos und innerlich unruhig. Der Antrieb und die Psychomotorik seien unauffällig. Der Patient sei aktuell nicht akut suizidgefährdet, kenne jedoch Suizidgedanken und sei vertragsfähig (AB 44 S. 5).

**3.3.4** Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropenmedizin und Reisemedizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 23. April 2012 (AB 19 S. 2 - 4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lumbovertebralsyndrom mit/bei Lumbalgien seit 1994 (bekannte flache Diskushernie L4/5), MRI 5. Juni 2011 mit Anterolisthesis L4/5 Grad I und Spondylolyse L4, Operation am 31. August 2011 (mit Neurolyse L4, Foraminotomie, transpedikuläre Verschraubung L4/5 sowie dorsolaterale Spineinlage) und postoperativ gutem Verlauf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Depression mit psychosozialer Problematik, einen Cannabiskonsum seit Jahren, einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma 2008, Spannungskopfschmerzen und eine Refluxoesophagitis. Die Belastbarkeit des Rückens sei eingeschränkt. Schwere Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise in wechselbelastender Position. Gewichte könnten bis 15 kg gehoben und getragen werden, vereinzelt seien auch 20 kg möglich unter Beachten der Rückenergonomie. Längeres Arbeiten in gebückter Stellung sei zu vermeiden, ebenso in monotoner Stellung und Zwangshaltung. Eine Arbeit als ... sei in der Regel mit dem erwähnten Zumutbarkeitsprofil nicht vereinbar. Eine Arbeit als ... und ... sei jedoch je nach Stellenanforderungsprofil mög-

lich oder nur teilweise möglich. Es habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 30. August 2011 bis zum 29. Februar 2012 bestanden. Ab dem 1. März 2012 sei eine Arbeitsfähigkeit wieder gegeben gewesen, ev. mit einer Steigerung von 50 auf 100 % innerhalb eines Monats. Für eine adaptierte Tätigkeit gemäss obigem Zumutbarkeitsprofil sei eine volle Arbeitsfähigkeit möglich. Die psychische Problematik werde erstmals im Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erwähnt. Hier sei von einer vorübergehenden, behandelbaren Störung auszugehen (AB 19 S. 3).

**3.3.5** Im Untersuchungsbericht vom 28. November 2013 erwähnte PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 30 S. 5 f.) als Diagnosen eine instabile Anterolisthesis L4/5 mit Lyse L4 und eine Foramenstenose L4/5. Am 31. August 2011 sei eine mikrochirurgische Recessotomie L3/4 und Foraminotomie L4/5 bds., eine Dekompression der Wurzel L4 bds. sowie eine transpedikuläre Verschraubung und eine dorsolaterale Spananlage L4/5 bds. (SSCS) durchgeführt worden (AB 30 S. 5). Beim Patienten bestehe ein belastungsabhängiges lumbovertebrales Syndrom, wobei der klinische Befund sehr bland sei. Die Problematik liege sicher im Beruf, der keine Einhaltung einer Rückenergonomie erlaube, was dem Patienten auch bewusst sei, aber er schätze diesen Beruf sehr, da er relativ unabhängig und selbständig seine Tätigkeit verrichten könne. Er habe dem Patienten geraten, eine andere Arbeitsstelle zu suchen, die eine Rückenergonomie erlaube, und sich mit der IV zwecks Besprechung und Beratung der Möglichkeiten in Verbindung zu setzen (AB 30 S. 6).

Im gleichentags erstellten Arzteugnis (AB 30 S. 4) berichtete PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, beim Patienten bestehe eine chronische Rückenproblematik, so dass am 31. August 2011 eine Dekompression und Stabilisation der LWS (L4/5) erfolgt sei. Aufgrund der Erkrankung und belastungsabhängigen Beschwerden sei eine Einhaltung einer Rückenergonomie notwendig, um die Beschwerden zu lindern und vor allen Dingen einer weiteren Chronifizierung und Progression der Schmerzen vorzubeugen. Eine Rückenergonomie beinhalte den selbständigen Wechsel zwischen stehender, sitzender und laufender Position, die Einhaltung von Gewichtslimiten von 10 bis 20 kg, die Vermeidung von abrupten Rotations-, Inklinationshaltungen der LWS, insbesondere das Arbeiten in gebückter Stellung.

Nachdem am 6. Dezember 2013 eine MRI der LWS durchgeführt worden war, nahm PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 9. Dezember 2013 nochmals Stellung und hielt neben den von ihm bereits gestellten Diagnosen fest, abgesehen von der Diskushernie L5/S1 links mit diskreter Verlagerung und Kompression der Wurzel L5 respektive S1 links finde sich keine kompressive Pathologie. Bei fehlender Ischialgie links würde er die medikamentöse Therapie fortsetzen und den Verlauf abwarten, wobei eine Rückenergonomie essentiell sei (AB 30 S. 2).

**3.3.6** Am 4. März 2014 diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie FMH, eine STT Arthrose bds. Vor sechs Wochen sei auf der rechten Seite das STT Gelenk mit Depo-Medrol infiltriert worden. Diesbezüglich sei der Patient mittlerweile sehr zufrieden. Er habe nahezu keine Schmerzen mehr. Auf Wunsch sei nun auch auf der symptomatischen linken Seite eine Infiltration mit Depo-Medrol vorgenommen worden (AB 34 S. 7). Zudem attestierte er dem Patienten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vom 22. bis 23. Januar 2014 (AB 34 S. 3).

**3.3.7** In der RAD-Sprechstunde vom 12. März 2014 erwähnte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, es sei keine wesentliche Verschlechterung eingetreten. Auch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ setze im für den Versicherten nach wie vor geltenden Zumutbarkeitsprofil vom 23. April 2012 eine Gewichtslimite von 15 bis ausnahmsweise 20 kg, genau gleich wie PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 28. November 2013. Wenn eine Tätigkeit als ... im Rahmen des erwähnten Zumutbarkeitsprofils ausgeübt werden könne, erübrigten sich weitere Massnahmen, wenn nicht, könne vielleicht eine Modifikation der gegenwärtigen Arbeit in Absprache mit dem Arbeitgeber erreicht werden (AB 35).

**3.4** In medizinischer Hinsicht ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 10. November 1997 (AB 1.1 S. 67 - 69.) verändert hat. PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte am 31. August 2011 eine mikrochirurgische Recessotomie L3/4 und Foraminotomie L4/5 bds., eine Dekompression der Wurzel L4 bds. sowie eine transpedikuläre Verschraubung und dorsolaterale Spananlage (SSCS) durch (AB 12 S. 13 f.). Zudem erachtete er aufgrund der Erkrankung und der be-

lastungsabhängigen Beschwerden unter anderem die Einhaltung von Gewichtslimiten von 10 bis 20 kg als notwendig (AB 30 S. 4). Die RAD-Ärzte Dres. med. J. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ stellten diese Gewichtslimite im Rahmen des von ihnen formulierten Zumutbarkeitsprofils nicht in Abrede (AB 19 S. 3 und 35 S. 1). Damit bestätigen sie die Progredienz der Rückenproblematik.

Angesichts der seit der letzten materiellen Prüfung fortgeschrittenen Rückenbeschwerden ist ein Revisionsgrund zu Recht unbestritten und daher der Rentenanspruch frei zu prüfen.

**3.5** Es ist aktenkundig, dass vorliegend grundsätzlich drei medizinische Problembereiche bestehen. Es handelt sich dabei um die Beeinträchtigungen des Rückens, der beiden Handgelenke und der Psyche.

In der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2014 (AB 58) stellte die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des Rentenanspruchs vorwiegend auf die Einschätzung und das entsprechende Zumutbarkeitsprofil des RAD vom 23. April 2012 (AB 19 S. 2 - 4) ab. Diese Einschätzung wurde – offenkundig gestützt auf die Akten (AB 19 S. 2) – vom Internisten, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, welcher zudem Tropen- und Reisemediziner wie auch Arzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation ist (AB 19 S. 4), erstellt. Es fällt auf, dass der RAD-Arzt die unmittelbar zuvor vom 9. Januar bis 18. Februar 2012 stattgefundene Hospitalisation in der Klinik G. \_\_\_\_\_ (AB 44 S. 2 - 5) unberücksichtigt lässt. In seiner Aktenbeurteilung erwähnte er einzig eine Depression mit psychosozialer Problematik bei Cannabiskonsum, wobei er sich offenbar auf den Arztbericht des damaligen Hausarztes (AB 12 S. 3) bezog.

In seinem Kurzbericht zur RAD-Sprechstunde vom 12. März 2014 (AB 35) bezieht sich Dr. med. L. \_\_\_\_\_ auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 23. April 2012 (AB 19 S. 2 - 4) und den Bericht von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2013 (AB 30 S. 5 f.), welcher eine chronische Rückenproblematik mit hohem Medikamentenbedarf feststellte und nach durchgeführter MRI vom 6. Dezember 2013 neu eine Diskushernie L5/S1 links mit diskreter Verlagerung und Kompression der Wurzel L5 respektive S1 links vorfand (AB 30 S. 2).

Soweit ersichtlich wurden bis zum Vorbescheid im Mai 2014 (AB 48) einzig die früheren medizinischen Akten beigezogen, aber keine Aktualisierung – mit Ausnahme des kurzen RAD-Sprechstundenberichts – oder weitere medizinische Abklärungen vorgenommen. So fanden insbesondere der Bericht des Chirurgen Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 4. März 2014 (AB 34 S. 7) zu den seit mehreren Wochen aufgetretenen Schmerzen in beiden Handgelenken wie auch die erst am 5. August 2014 per Mail durch den behandelnden Psychiater Dr. med. Berthold Flamming, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der IVB erfolgte Mitteilung, dass bei ihm seit Februar 2012 eine Therapie laufe (AB 45, 63), bei der Beurteilung keine Berücksichtigung.

**3.6** Unter diesen Umständen kann vorliegend die medizinische Situation bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilt werden. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt, weshalb auch eine Überprüfung der Rentenberechnung nicht möglich ist. Zur Klärung drängt sich deshalb eine polydisziplinäre MEDAS-Begutachtung, beinhaltend auch den Bereich Psychiatrie, auf. Vorgängig der Begutachtung hat die IVB bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte einzuholen und erforderlichenfalls den Beschwerdeführer zur Abstinenz (Cannabis) aufzufordern.

**3.7** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2014 (AB 58) aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen. Im Anschluss hat sie eine neue Verfügung zu erlassen.

**4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

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

Der von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ mit Honorarnote vom 23. Oktober 2014 geltend gemachte Aufwand von total Fr. 3'148.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer diese Parteikosten zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 14. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'148.20 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt 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.