

200 14 895 IV  
FUR/JAP/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. Dezember 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Jakob

A. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 25. August 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. Dezember 2006 unter Hinweis auf zervikale Spondylarthrosen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese ermittelte anhand des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens im Abklärungsbericht ... (AB 30) einen Invaliditätsgrad von 33 % und verneinte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. Juni 2008 (AB 42) einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **B.**

Nach einer Neuanschuldung vom 30. September 2013 (AB 52) gelangte die IVB gestützt auf eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 63) zum Schluss, dass seit der Verfügung vom 23. Juni 2008 (AB 42) keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Juni 2014 (AB 64) die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich des Rentenanspruchs in Aussicht.

Nachdem der Versicherte sich mit Einwand vom 23. Juni 2014 (AB 65) hiermit nicht einverstanden erklärt hatte, verneinte die IVB mit Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

### **C.**

Mit Eingabe vom 23. September 2014 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf die Erwägungen in der angefochtenen Verfügung, auf Abweisung der Beschwerde.

### **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) i.V.m. 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 IVG). 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 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 25. August 2014 (AB 70). 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** 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** 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).

Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige (Art. 28a Abs. 2 IVG) zunächst anhand eines Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen. Diese ist alsdann im Hinblick auf ihre erwerblichen Auswirkungen noch besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen Person kann zwar, braucht aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge zu haben (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 E. 1 S. 31, 104 V 135 E. 2c S. 138).

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** 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 Neuanschuldung 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 Neuanschuldungsverfahren – 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 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 Sachlage, wie sie der Verfügung vom 23. Juni 2008 (AB 42) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hievor). 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 23. Juni 2008 (AB 42) wurde ein Abklärungsbericht ... vom 16. April 2008 (AB 30) sowie eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 3. Juni 2008 (AB 41) zum integrierenden Bestandteil des Entscheids erklärt.

Der Abklärungsdienst stützte sich einerseits auf zwei Berichte von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 17. Oktober 2006 (AB 4/5 f.) bzw. 18. April 2007 (AB 23/16 f.) sowie andererseits auf eine Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 8. Januar 2008 (AB 29), welcher hauptsächlich auf einen Bericht des Hausarztes vom 12. Januar 2008 (AB 4) verwies (vgl. AB 30/1 Ziff. 1, 30/4 Ziff. 9 f., 41).

**3.2.1** Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 17. Oktober 2006 (AB 4/5 f.) ein chronisch rezidivierendes zervikospondylogenes bis thorakales Schmerzsyndrom (mit Fehllagerung, Diskopathien C5-7 ohne Neurokompression sowie Hypomobilitäten suboccipital, Myotendinosen, muskulären Dysbalancen, Insuffizien-

zen). Er empfahl eine Mobilisation der hypomobilen Segmente, Muskeldehnungen sowie insbesondere eine konsequente Stabilisierung der abgeschwächten Nacken-, Schulter- und übrigen Rumpfmuskulatur.

Gegenüber der Trägerin der privaten Taggeldversicherung beschrieb Dr. med. B. \_\_\_\_\_ am 18. April 2007 das Schmerzsyndrom als therapieresistent und gab an, die Physiotherapie habe zu keiner Verbesserung geführt und sei nach 17 Sitzungen abgebrochen worden. Aus medizinischer Sicht sei eine schwere Arbeit ungünstig. Das Heben und Tragen von Gewichten bis 10 (über Kopf) bzw. 25 Kilogramm (bis zur Taille) sei noch zumutbar, die Stehdauer sei nicht eingeschränkt, die Gehdauer nicht wesentlich vermindert, die Sitzdauer auf drei Stunden limitiert und das Arbeitstempo reduziert. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei jedoch ohne Einschränkungen in einem normalen Arbeitspensum durchführbar (vgl. AB 23/16 f.).

**3.2.2** Der Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vermerkte im Arztbericht vom 12. Januar 2007 (AB 4) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere zervikale Spondylarthrose mit hartnäckigen behindernden Schmerzen und radikulären Reizerscheinungen (vgl. AB 4/1 lit. A). Er erklärte, bei körperlicher Belastung träten Nacken- und Armschmerzen rechts auf, die nach einigen Stunden unerträglich würden und zum Arbeitsabbruch führten. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei auf die Hälfte eingeschränkt und die Kraft im rechten Arm vermindert. Zusätzlich bestünden eine vermehrte Ermüdbarkeit sowie eine Konzentrationsschwäche (vgl. AB 4/2 lit. D Ziff. 2 lit. a). Der Beschwerdeführer sei selbständiger ... und zudem als ... sowie als ... tätig. Er bewirtschafte ... weiterhin, für andere ... zu ... oder auswärtige Arbeit in ... zu leisten, sei zurzeit aber unmöglich. Mit einigen Hilfsmitteln könne er seinen Betrieb weiterführen (vgl. AB 4/2 lit. D Ziff. 1 und 3 f.). Gegenüber der privaten Taggeld- bzw. Einzellebensversicherung bescheinigte er vom 1. August 2006 bis zum Berichtsdatum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 4/1 lit. B).

**3.2.3** Im Zusammenhang mit der Prüfung eines Hilfsmittelanspruchs hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in einer Aktennotiz vom 8. Januar 2008 (AB 29) fest, dass der Beschwerdeführer weiterhin an einem chronischen zervikalen Syndrom mit diskreten radikulären Beschwerden leide, ohne dass im bild-

gebenden Verfahren eine radikuläre Kompression objektiviert werden könne. Der Zustand sei im Vergleich zur Situation, wie sie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 12. Januar 2007 (AB 4) beschrieben habe, unverändert. Das repetitive Heben von mittelschweren Lasten sei weiterhin erheblich beeinträchtigt.

**3.3** Der Verlauf bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) präsentierte sich nach der medizinischen Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Am 9. September 2013 fand eine bildgebende Verlaufskontrolle (MRI der Halswirbelsäule) statt. Gemäss Befundbericht vom 10. September 2013 (AB 57) zeigte sich dabei eine leichte chondrotische Veränderung der Bandscheiben HWK 3-7 mit leichten Protrusionen der Bandscheiben. Zudem konnte eine Einengung der Neuroforamina durch unkarthrotische Veränderungen festgestellt werden, wogegen sich kein Nachweis einer myelopathie-typischen Signalstörung des zervikalen Myelons ergab.

**3.3.2** Der seit 18. Mai 2010 neu behandelnde Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bezeichnete das Zervikalsyndrom im Bericht vom 3. November 2013 (AB 54) als chronisch progredient und verwies auf den Befund der veranlassten bildgebenden Untersuchung. Er gab an, die Nackenproblematik habe sich in den letzten Jahren weiter verschlechtert. Es bestünden teils massive Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei erheblich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei dadurch in seiner Arbeit teilweise erheblich limitiert. Am 20. August 2013 habe ihn der Beschwerdeführer wegen einer akuten Schmerzexazerbation konsultiert, dabei sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule quasi aufgehoben gewesen. Die Analgetika-Therapie habe vorübergehend massiv ausgebaut werden müssen, aktuell laufe zudem eine intensive ambulante physiotherapeutische Behandlung.

**3.3.3** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ging in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2013 (AB 56) von einem noch labilen Zustand aus und konnte die Frage nach einer objektiv ausgewiesenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes mangels klinischer Untersuchungsbefunde nicht beantworten.

**3.3.4** Am 9. Januar 2014 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_ über eine gleichentags durchgeführte klinische Verlaufskontrolle. Er hielt fest, dass fortgeschrittene degenerative Veränderungen bestünden. Zwar sei zwischenzeitlich kein erneuter akuter Schmerzschub aufgetreten, aber tendenziell sei es zu einer weiteren Schmerzzunahme mit klaren Einschränkungen im Berufsalltag gekommen. Beispielsweise sei der Beschwerdeführer nicht mehr im Stande den ganzen Tag mit dem ... und sein älterer Sohn leiste eine grosse Unterstützung im .... Klinisch ergäben sich eine klare Verschlechterung mit Abschwächung des Bizepssehnenreflexes und Hyp-/Parästhesien im Segment C6 rechts mit intakter Kraft. Er habe den Beschwerdeführer an Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, überwiesen. Eine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht abschliessend möglich, vorerst sei die fachärztliche Beurteilung abzuwarten, allenfalls sei im Verlauf eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen.

**3.3.5** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erklärte im Bericht vom 14. Januar 2014 (AB 59), der Beschwerdeführer leide an chronischen Zervikalgien sowie Zervikozephalgien und auch zervikoradikulären Schmerzen rechts bei mehrsegmental degenerativen Veränderungen mit foraminale Einengungen dominant C5 und C6 rechts. Er verordnete Physiotherapie und empfahl eine Infiltration der Fazettengelenke sowie periradikulär C4-C6.

Nach einer weiteren Konsultation vom 7. März 2014 beschrieb Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 24. März 2014 eine im Vergleich zur Erstkonsultation vom 13. Januar 2014 eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die Diagnose sei unverändert und es seien keine neuen medizinischen Befunde hinzugetreten. Die Physiotherapie werde weitergeführt, es seien keine weiteren Nachkontrollen geplant und die Prognose sei gut. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe seines Wissens nicht und die Situation auf dem ... des Beschwerdeführers sei ihm nicht bekannt, allenfalls könnte die Situation mittels einer ... gebessert werden. Bei starker Belastung und körperlicher Tätigkeit bestünden vermehrt Nacken-/Kopfschmerzen sowie eine Schmerzausstrahlung in die Schulter rechtsbetont. Falls auf das repetitive Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 10 Kilogramm bzw. das repetitive Überkopfarbeiten oder Zwangshaltungen verzichtet werden kön-

ne, sei die Arbeitstätigkeit als ... zumutbar. Die Steh- bzw. Sitzdauer betrage bis viereinhalb Stunden und die Gehstrecke bis fünf Kilometer. Ein Arbeitspensum von achteinhalb Stunden täglich könne mit normalem Arbeitstempo bewältigt werden (vgl. AB 61).

**3.3.6** Der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ kam in seiner Aktenbeurteilung vom 4. Juni 2014 (AB 63) zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht erheblich verändert habe. Das von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil entspreche in etwa jenem, welches Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erstellt gehabt habe, mit der Ausnahme, dass damals nicht mehr als 25 Kilogramm gehoben und getragen werden sollten und aktuell nicht mehr als 10 Kilogramm. Zudem würden aktuell repetitive Überkopfarbeiten nicht mehr zugemutet und neu sei, dass die Schmerzen nun auch in den Kopf ausstrahlten.

**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. 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen

lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.5** Die angefochtene Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) basiert im Wesentlichen auf der Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2014 (AB 63). Diese Verlaufsbeurteilung erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 3.4 hievor). Der RAD-Arzt bezog sich auf das revisionsrechtliche Beweisthema, stellte die früheren medizinischen Befunde den aktuellen vergleichend gegenüber und zeigte nachvollziehbar auf, dass lediglich das Zumutbarkeitsprofil eine gewisse Änderung erfuhr. Der Umstand, dass er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, vermag den Beweiswert seiner Einschätzung nicht zu schmälern, da er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) und er sich zudem auf die Erkenntnisse aus den Explorationen durch die behandelnden Ärzte stützen konnte. Er vermochte dabei anhand der mittels Neutral-Null-Methode erhobenen klinischen Befunde des Orthopäden (vgl. AB 59/3) schlüssig aufzuzeigen, dass der Bewegungsapparat trotz der beklagten Schmerzsymptomatik funktionell ähnlich eingeschränkt ist wie im Referenzzeitpunkt im Jahr 2008. Ebenso zeigte die bildgebende Verlaufsuntersuchung vom 9. September 2013 (vgl. AB 57) keine wesentliche Änderung gegenüber der Situation Ende 2007. Zwar befindet sich der von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seiner Aktennotiz vom 8. Januar 2008 (AB 29) erwähnte Befundbericht von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2007 – soweit ersichtlich – nicht in den amtlichen Akten (vgl. AB 27/2 in fine, 29), der RAD-Arzt hatte jedoch Kenntnis von diesem Vorbefund und dokumentierte ihn in den Akten (vgl. AB 29). Eine eigentliche Neurokompression konnte weder im Jahr 2013 noch im Jahr 2007 objektiviert werden, obwohl der Beschwerdeführer bereits damals diskrete radikuläre Beschwerden beklagte (vgl. AB 29). Anlässlich der magnetresonanztomografischen Untersuchung vom 9. September 2013 wurden bloss leicht eingeengte Neuroforamina (Nervenaustrittskanäle) der Halswirbelkörper 3-7 befundet, ohne dass eine eigentliche Radikulopathie festgestellt worden wäre. Aufgrund der als minimal be-

zeichneten Diskusprotrusionen bzw. leichten chondrotischen Veränderung der Halswirbelkörper (vgl. AB 57) kann mit Blick auf das Lebensalter des Beschwerdeführers auch nicht von einer mittlerweile *fortgeschrittenen* Wirbelsäulendegeneration (vgl. AB 58) im Sinne einer signifikanten Abweichung der Diskose von der Lebenszeitprävalenz gesprochen werden. Nach empirischen (epidemiologischen) Erkenntnissen weist jeder Mensch bereits nach dem 30. Lebensjahr zumindest leichte degenerative Veränderungen in seinen Bandscheiben auf (vgl. JÜRGEN KRÄMER, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 5. Aufl. 2006, S. 11), ohne dass daraus bereits auf eine Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu schliessen wäre. Im Übrigen offenbarte auch eine frühere Untersuchung vom 21. September 2006 Diskusprotrusionen auf den Stufen C3-7 sowie geringe Spondylarthrosen in allen Segmenten (vgl. AB 4/9).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ging von einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung der Schmerzsymptomatik aus (vgl. AB 54), während gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 61, 63) nicht anzunehmen ist, dass im massgebenden Vergleichszeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) eine solche Veränderung noch andauerte. Auch eine solche vorübergehende Verschlechterung könnte prinzipiell einen Revisionsgrund darstellen. Denn nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C\_530/2012, E. 5.2). Mangels einer bildgebend ausgewiesenen wesentlichen *objektiven* Veränderung muss die zwischenzeitliche Symptomexazerbation – soweit sie tatsächlich ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate dauerte – hauptsächlich auf das subjektive Schmerzerleben des Beschwerdeführers zurückgeführt werden, auf welches grundsätzlich nicht abzustellen ist (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Selbst wenn ein Revisionsgrund unter Annahme einer vorübergehenden Verschlechterung zu bejahen wäre, könnte der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn nach der Neu anmeldung vom 30. September 2013 (AB 52) hätte er das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG)

bestehen müssen (der Anwendungsbereich von Art. 29<sup>bis</sup> IVV ist mangels einer früheren Berentung nicht betroffen), in dessen Verlauf bis nach dem Gesagten wieder eine Verbesserung eintrat.

**3.6** Nach dem vorstehend Dargelegten erbringt die mit der Einschätzung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ korrelierende Beurteilung des RAD-Arztes vom 4. Juni 2014 (AB 63) vollen Beweis. Demnach hat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) in tatsächlicher Hinsicht als erstellt zu gelten, dass im Vergleich zur Situation im Juni 2008 (vgl. AB 42) im Zeitpunkt der Verfügung vom 25. August 2014 (AB 70) lediglich das medizinische Anforderungsprofil insoweit änderte, als dass die Hebe- und Tragelimiten 10 statt 25 Kilogramm betrug und repetitive Überkopfarbeiten nicht mehr möglich waren (vgl. AB 63). Darin ist keine wesentliche Veränderung zu erblicken, die geeignet wäre, den Betätigungsvergleich im Rahmen des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens (vgl. E. 2.3 hievor) derart zu beeinflussen, dass davon eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades zu erwarten wäre. Bei dieser Ausgangslage ist mangels eines Revisionsgrundes der Rentenanspruch nicht in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 3.1 hievor) und verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch folglich zu Recht. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht. Die Mithilfe durch seinen älteren Sohn sowie durch angestellte Drittpersonen im Betrieb wurde bereits anlässlich der ... Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. Rz. 2114 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen und ab 1. Januar 2010 gültigen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]) vom 30. November 2007 berücksichtigt (vgl. AB 30/2 f. Ziff. 4, 5.1 und 7, 30/6-8). Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit faktisch mittlerweile offenbar einen grösseren Erwerbsausfall erleidet (vgl. Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB 3 f.]) als seitens des Abklärungsdienstes anlässlich der früheren Leistungsablehnung hypothetisch ermittelt, stellt keinen Revisionsgrund dar. Die Beschwerde vom 23. September 2014 erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

**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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.