

200 14 927 IV
GRD/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. November 2015

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. September 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei der C._____ obligatorisch nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) unfallversichert, als er im Jahr 1999 in ... verunfallte (Akten der IV-Stelle Bern [IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 5/16). Mit Verfügung vom 25. April 2001 (act. II 22/2), bestätigt mit Einspracheentscheid vom 6. Juli 2001 (act. II 24/2), sprach die C._____ dem Versicherten ab dem 1. Mai 2001 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 20% eine UVG-Rente zu. Nach einem 2008 durchgeführten Rentenrevisionsverfahren sicherte sie die weitere Ausrichtung der 20%-igen UVG-Rente zu (act. II 92). Für einen 2009 gemeldeten Rückfall (act. IIA 150.10) verneinte sie mit Schreiben vom 28. September 2009 (Act. IIA 150.3) ihre Leistungspflicht.

B.

Am 13. September 2000 (act. II 1) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach Durchführung von beruflichen und medizinischen Abklärungen sowie dem Vorbescheidverfahren (act. II 26) verneinte diese bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 20% mit Verfügung vom 28. September 2001 (act. II 30) den Rentenanspruch. Die Verfügung blieb unangefochten.

C.

Am 10. Dezember 2001 (act. II 31) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf chronische Rückenschmerzen erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Die IVB trat nach vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 33) mit Verfügung vom 22. Februar 2002 (act. II 35) auf das Leistungsbegehren nicht ein. Die Verfügung blieb unangefochten.

D.

Am 18. November 2004 (act. II 38) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf „zerstörte“ Bandscheiben ein weiteres Mal bei der IVB zum Leistungsbezug an. Diese tätigte abermals medizinische und berufliche Abklärungen. Mit Verfügung vom 13. Juni 2005 (act. II 50) lehnte die IVB das Leistungs- bzw. Revisionsbegehren bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 20% ab. Die Verfügung blieb unangefochten.

Die IVB gewährte mit Verfügung vom 11. August 2005 (act. II 52) die vom Versicherten mit Schreiben vom 25. Juli 2005 (act. II 51) beantragten Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung. Am 6. Januar 2006 (act. II 57) sicherte sie die Kostenübernahme für die berufliche Abklärung vom 27. Februar bis 26. Mai 2006 zu.

E.

Am 29. September 2009 (act. II 98) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf Rückenschmerzen erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Akten der IVB [act. IIA] 104) trat diese mit Verfügung vom 9. Juli 2010 (act. IIA 109) auf das Leistungsbegehren nicht ein. Die Verfügung blieb unangefochten.

F.

Am 26. Januar 2011 (act. IIA 110) stellte der Versicherte bei der IVB wiederum ein Leistungsgesuch. Nach durchgeführten Abklärungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 21. Februar 2012 (act. IIA 128) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch die D._____, am 1. März 2012 (act. IIA 129) bzw., neu vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 16. und 25. April 2012 (act. IIA 131 und 133) Einwände erheben. Mit Verfügung vom 30. Mai 2012 (act. IIA 135) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt. Dagegen liess der Versicherte am 2. Juli 2012 (act. IIA 136/3) beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozial-

versicherungsrechtliche Abteilung, Beschwerde erheben. Mit Verfügung vom 24. Juli 2012 (act. IIA 139) hob die IVB die Verfügung vom 30. Mai 2012 wiedererwägungsweise auf. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern schrieb mit Urteil vom 30. Juli 2012 (IV/2012/650; act. IIA 140) das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden ab.

In der Folge tätigte die IVB erneut erwerbliche und medizinische Abklärungen. Nach Einholung eines neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachtens bei den Dres. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und F._____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 12. November 2012 (Akten der IVB [act. IIB] 163.1) bzw. 14. März 2013 (act. IIB 169.1 und 169.2) stellte sie mit Vorbescheid vom 26. März 2013 (act. IIB 171) bei einem Invaliditätsgrad von 34% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Hiergegen liess der Versicherte am 30. April (act. IIB 175) und 13. Juni 2013 (act. IIB 181) Einwände erheben. Nach Einholung des onkologisch-neurologischen Gutachtens der G._____ vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1) erliess die IVB am 21. Januar 2014 (act. IIB 196) einen neuen Vorbescheid, in welchem sie bei einem Invaliditätsgrad von 37% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte. Der Versicherte erhob hiergegen Einwände (act. IIB 200). Nach einem weiteren Schriftenwechsel zwischen der IVB und dem Rechtsvertreter des Versicherten (act. IIB 204 und 205) holte Erstgenannte Stellungnahmen bei der G._____ (act. IIB 213) sowie den Dres. med. E._____ (act. IIB 214/2) und F._____ (act. IIB 215.2) ein. Hierzu äusserte sich der Versicherte am 8. und 22. August 2014 (act. IIB 217 und 221). Mit Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 37% einen Rentenanspruch.

G.

Mit Eingabe vom 1. Oktober 2014 liess der Versicherte hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 3. September 2014 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei spätestens mit Wirkung ab 26. Juli 2011 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen.

3. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 5. November 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Hierzu liess der Beschwerdeführer am 13. November 2014 Stellung nehmen.

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 3. September 2014 (act. IIB 223). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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.

Vorab bemängelt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Zustandekommen des bidisziplinären Gutachtens der Dres. F. _____ und E. _____ vom 12. November 2012 (act. IIB 163.1) bzw. 14. März 2013 (act. IIB 169.1 und 169.2) sowie jenes von der G. _____ vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1). Er bringt u.a. vor, das psychiatrisch-neurochirurgische Gutachten sei in Missachtung der Vorgaben gemäss BGE 137 V 210 erfolgt. Zudem sei eine bidisziplinäre Begutachtung angeordnet worden, obwohl eine polydisziplinäre notwendig gewesen wäre, weshalb dem Beschwerdeführer die diesbezüglichen besonderen Verfahrensgarantien verwehrt worden seien. Auch vertritt er die Ansicht, es hätte zwingend vorgängig ein Einigungsversuch bedurft. Aufgrund der nicht eingehaltenen Formvorschriften würden die beiden bidisziplinären Gutachten mindestens einen erheblichen geschwächten formellen Beweiswert aufweisen (vgl. Beschwerde S. 5 sowie S. 7 f. Ziff. 6).

2.1 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art

oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356). Weicht die IV-Stelle vom zufallsbasierten MEDAS-Zuweisungssystem ab, in dem sie von einer MEDAS eine bi- oder gar bloss monodisziplinäre Expertise einholen will, so hat sie in einem solchen Ausnahmefall zwingend einen Einigungsversuch einzuleiten. Scheitert dieser, ist darüber zu verfügen (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357).

Sowohl bei poly- als auch mono- bzw. bidisziplinären Begutachtungen steht es den Gutachtern frei, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind. Unter diesem Vorbehalt steht insbesondere auch eine vorgängige Verständigung zwischen IV-Stelle und versicherter Person über die Fachdisziplinen. Eine erneute Mitwirkung der versicherten Person in diesem Punkt ist alsdann ausgeschlossen (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352).

2.2 Die Einwände des Beschwerdeführers betreffend die formelle Verwertbarkeit der beiden bidisziplinären Gutachten (act. IIB 163.1, 169.1, 169.2 und 195.1) überzeugen nicht.

Entscheidend ist, dass die beiden Zwischenverfügungen (act. IIB 153 und 188), mit welchen die beiden bidisziplinären Begutachtungen angeordnet wurden, in Rechtskraft erwachsen und diesbezüglich die nun beschwerdeweise vorgebrachten Einwände als verspätet zu betrachten sind. Daher ist auf diese neuerlichen Vorbringen grundsätzlich nicht mehr einzutreten. Aber auch bei einer materiellen Prüfung müsste das vorliegende Abklärungsverfahren als korrekt und im Einklang mit der damals geltenden Rechtsprechung sowie insbesondere mit den vom Beschwerdeführer jeweils geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrachtet werden.

Der Beschwerdeführer hatte bereits in der Beschwerde vom 2. Juli 2012 (Beschwerdeverfahren 200.2012.650; act. IIA 136/3 S. 5 Ziff. 3 und S. 6 f. Ziff. 6) u.a. eine medikamenteninduzierte Leistungseinschränkung geltend gemacht, welche gebotener Weise im Rahmen einer polydisziplinären Untersuchung beurteilt werden sollte. In seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2012 (act. IIA 137) umschrieb der RAD-Arzt Dr. med. H._____ das weitere Vorgehen (u.a. reiche eine neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung aus), welchem der Beschwerdeführer denn schliesslich auch zugestimmt und damit in Kauf genommen hatte (act. IIB 157), dass je nach Beurteilung einer Glivec-Problematik durch die Gutachter allenfalls eine weitere Begutachtung folgen wird. Ein Einigungsverfahren war denn auch nicht nötig, brachte doch der Beschwerdeführer gegen das Schreiben vom 29. August 2012 (act. IIA 149), in welchem ihm das rechtliche Gehör betreffend die vorgesehene Begutachtung bei den Dres. med. F._____ und E._____ gewährt wurde, keine Einwände vor (vgl. act. IIB 157).

Auch was die zweite bidisziplinäre Begutachtung - diesmal bei der G._____ - betrifft, führte Dr. med. H._____ nach der umfangreichen Stellungnahme des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 30. April 2013 (act. IIB 175) am 1. Juli 2013 (act. IIB 183) aus, eine onkologisch-neurologische Begutachtung sei angezeigt und reiche aus. Es ist denn auch unter anderem Aufgabe eines RAD-Arztes, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer Begutachtung zu beteiligen sind (SVR 2014 IV Nr. 6 S. 26 E. 3.2). Somit lag es in der Kompetenz von Dr. med. H._____ primär eine bidisziplinäre Begutachtung

vorzusehen und erst nach Eingang der Forderung für weitere Disziplinen und Prüfung deren Notwendigkeit, weitere Fachdisziplinen vorzuschlagen. Zudem haben auch die Dres. E. _____ und F. _____, welche u.a. letztverantwortlich für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der erstellten Entscheidungsgrundlage sind, anlässlich ihrer Begutachtung weder eine onkologische noch eine neurologische Begutachtung für notwendig erachtet. Weiter hätte es nach Eingang des neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachtens keinen Sinn gemacht, noch ein interdisziplinäres Gutachten zu veranlassen, waren doch, wie unter E 4.4.1 und 4.4.2 hiernach erläutert wird, der neurochirurgische und psychiatrische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt und waren nur noch Fragen aus onkologisch-neurologischer Sicht ungeklärt. Auch ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nicht gegen die Gutachter selbst, sondern lediglich gegen die Anordnung bidisziplinärer Begutachtungen Einwände erhoben hat.

Zusammenfassend ist damit erstellt, dass die beiden bidisziplinären Gutachten in Anwendung der höchstrichterlichen Rechtsprechung erstellt wurden und aus formeller Sicht darauf vollumfänglich abgestellt werden kann. Ob die materiellen Einwände geeignet sind, den Beweiswert der Gutachten zu schmälern, wird unter E. 4.4 geprüft.

3.

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

3.2 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 Behand-

lung 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).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 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 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 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).

3.4 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).

4.

Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 26. Januar 2010 (act. IIA 110) eingetreten ist. Somit ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen war der Sachverhalt zur Zeit der leistungsablehnenden Verfügung vom 13. Juni 2005 (act. II 50) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) entwickelt hat. Das Neuanmeldungsverfahren 2009 (act. II 98), welches mit einem Nichteintretensentscheid endete (act. IIA 109), ist in dieser Hinsicht unbeachtlich (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

4.1 Der leistungsablehnenden Verfügung vom 13. Juni 2005 (act. II 50) lagen im Wesentlichen die Rentenverfügung der C._____ vom 25. April

2001 (act. II 22/2; Erwerbsunfähigkeitsgrad 20%) sowie die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

4.1.1 Kreisarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2000 (act. II 12/6) aus, als definitiver posttraumatischer Zustand müsse eine verminderte Belastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule bei Status nach Kompressions- bzw. Hyperextensionsfraktur des 2. und 4. Lendenwirbels festgehalten werden. Bei längerem Verbleiben in derselben Haltung, sei es sitzen oder stehen sowie bei vorübergehender Zwangshaltung, würde ein lumbaler Schmerz auftreten. Eine radikuläre Symptomatik bestehe nicht. Neben den unfallbedingten Alterationen würden leichte degenerative Veränderungen vorbestehen. Für die bisherige berufliche Tätigkeit als ... in dieser Form könne der Beschwerdeführer nicht mehr eingesetzt werden. Schwere Arbeiten mit Heben von Lasten über 25-30 kg seien nicht mehr zumutbar. Ungünstig seien vor allem Arbeiten ohne Positionswechsel, d.h. dauernd sitzend oder dauernd stehend. Ferner Arbeiten in vorgeneigter oder rotierter Rumpfhaltung. Unmöglich seien zudem Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit stark vibrierenden Maschinen. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer das reine Überwachen von Maschinen oder Schaltungen. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit sei ihm ganztags zumutbar (S. 3).

4.1.2 Wie der behandelnde Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in seinem Bericht vom 20. Mai 2003 (act. II 36) ausführte, leide der Beschwerdeführer weiterhin unter den früher geschilderten Beschwerden. Nach Ansicht der behandelnden Rheumatologin sei er arbeitsfähig. Dr. med. J. _____ sah die Arbeitsfähigkeit nur für leichte Arbeiten als gegeben, d.h. kein Lastenheben und keine Überkopfarbeit.

4.1.3 Dr. med. K. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Bürgerspital Solothurn diagnostizierte im Bericht vom 16. Juni 2004 (act. II 49/13) ein chronisches lumbovertebrales Syndrom sowie eine traumatische Bandläsion des linken Knies. Die vom Beschwerdeführer aktuell geschilderten Beschwerden im Bereich des linken Beines seien durchaus mit einem

radikulären Syndrom vereinbar. Eine motorische Schwäche oder auch eine Hyposensibilität bestünden nicht. Daneben bestehe ein chronifiziertes lumbovertebrales Syndrom (S. 1). Eine leichte bis mittelschwere Arbeit dürfte durchaus zumutbar sein (S. 2).

Im Bericht vom 21. September 2004 (act. II 49/5) berichteten die Ärzte des Spitals L._____ über eine ambivalente Bilanz. Der Beschwerdeführer lobe verschiedene Übungen und Entlastungsstellen, welche er im Alltag zur Bekämpfung der Schmerzen einsetzen könne. Ebenfalls seien die Assessments in der Physiotherapie tendenziell besser geworden. Gleichzeitig sei die Belastbarkeit jedoch auf sehr tiefem Niveau, insbesondere die Selbsteinschätzung sei weiterhin tief. Die Schmerzen seien mit einem moderaten Schmerzmittelkonsum beeinflussbar, eine depressive Verstimmung oder ein übertriebenes Schmerzgebaren könne nicht festgestellt werden. Als mögliches Zeichen der radikulären Reizung bei Diskushernie L5/S1 links bestehe ein konstant bei 60° positiver Lasègue im Liegen, im Sitzen unter Ablenkung sei dieser jedoch nicht reproduzierbar. Insgesamt müsse eine Diskrepanz der erhebaren Befunde und der geschilderten Einschränkungen im Alltag attestiert werden. Der Beschwerdeführer sei für eine leichte Tätigkeit weiterhin zu 100% arbeitsfähig. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit der Möglichkeit die Position zwischen Stehen, Sitzen und Gehen zu wechseln, bestehe ebenfalls eine zumindest 50%-ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine Hebelimite von 5 bis 10 kg trotz gegenteiliger Einschätzung angenommen werden dürfe (S. 1).

4.2 Die nun angefochtene Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) beruht im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Berichten:

4.2.1 Im Bericht des Spitals L._____ vom 2. Juni 2009 (act. IIA 150.4/16) wurde neben einem chronischen lumbovertebralen Syndrom seit August 1999 eine traumatische Läsion Knie links diagnostiziert. Die Situation sei in etwa stabil seit 2004 (S. 1). Ab dem 14./15. Januar 2009 habe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit dem 2. Juni 2009 bestehe eine solche von 50% (S. 2).

4.2.2 Dr. med. Dipl.-Psych. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten zuhanden des invol-

vierten Krankentaggeldversicherers, der N._____, vom 12. Juli 2009 (act. IIA 147.3/24) eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11; S. 9). In psychisch geistiger Hinsicht bestehe aufgrund der gedrückt-gehemmten, freudlosen, pessimistischen Stimmungslage, der deutlich verminderten affektiven Modulationsfähigkeit, leichten kognitiven Beeinträchtigungen (Konzentrationsminderung), psychomotorischen (Antriebsminderung, Ermüdbarkeit) sowie vegetativen Beeinträchtigungen (Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit) eine deutliche Beeinträchtigung der psychophysischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit. In psychiatrisch-körperlicher Hinsicht werde die Leistungsfähigkeit vor allem durch die Störung der Vitalgefühle (Antriebsminderung, Erschöpfung) beeinträchtigt. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit bestehe eine Leistungsminderung aufgrund der Antriebshemmung sowie eines leichten sozialen Rückzugs (S. 10 VI Ziff. 1b). Aus psychiatrischer Sicht liege im angestammten Beruf oder einer vergleichbaren Verweistätigkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines depressiven Zustandsbildes, mittelgradig ausgeprägt, vor (V).

4.2.3 Gemäss dem Bericht des Kreisarztes der C._____, Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 28. Juli 2009 (act. IIA 105/4) seien die Diskushernien L5/S1 sowie die degenerativen Veränderungen zwischen 2005 und 2009 nicht in ausgesprochenem Masse zunehmend. Es liege unbestritten ein Zustand nach Kompressionsfraktur L2 und Hyperextensionsfraktur L4 vor. Die entsprechenden Einschränkungen und Zumutbarkeiten seien im Rahmen der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung im Jahre 2000 (act. II 12/6, vgl. E. 4.1.1. hiervor) definiert worden und grundsätzlich nach wie vor gültig. Bei ungünstiger Arbeitsplatzposition könnten in diesem Rahmen durchaus vermehrt Schmerzen auftreten. Die aktuell geäusserte Arbeitsfähigkeit von 50% sei medizinisch absolut vertretbar und sei aufgrund der zurzeit vorliegenden Unterlagen einerseits durch den Status der Wirbelkörperfrakturen, andererseits durch die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie vermutlich durch die psychiatrische Diagnose begründet (S. 5).

4.2.4 Im Vertrauensärztlichen Bericht der N._____ vom 7. Juli 2010 (act. IIA 131/6) wurde neben einer chronisch myeloischen Leukämie und

einem Status nach mittelschwerer depressiver Episode mit somatischem Syndrom eine anamnestische Hypercholesterinämie diagnostiziert. Eine chronisch myeloische Leukämie sei erst im März 2010 diagnostiziert worden. Seit der medikamentösen Leukämie-Therapie gehe es bezüglich Allgemeinbefindens deutlich besser, der Beschwerdeführer habe keine Gelenkschmerzen mehr und auch leistungsmässig gehe es besser. Seither seien aber unangenehme Nebenwirkungen in Form von Augenschwellungen und eine stark limitierende Übelkeit sowie Magenschmerzen dazugekommen (S. 2). Die untersuchenden Ärzte der N._____ kamen zu Schluss, subjektiv limitierend für den Lebensvollzug seien die Erschöpfbarkeit, die Schlafprobleme, die chronische Müdigkeit und die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie, vor allem die Nausea indiziert durch Gerüche. Da diese Übelkeit jedoch ausschliesslich bei intensiven Gerüchen induziert werde, könne für eine sogenannte leidensangepasste Tätigkeit keine Minderung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Ziff. 1 lit. a). Es bestünden keine geistigen oder psychischen Einschränkungen. Die in den Akten genannten Depressionen seien auf die Zeit vor der Erkrankung der chronischen Leukämie zu beziehen. Das Beschwerdebild habe sich seither trotz persistierenden Schlafproblemen verbessert, eine krankheitswerte psychische Störung bestehe aktuell nicht (lit. b). Aufgrund der Grunderkrankung und den Nebenwirkungen der medikamentösen Leukämietherapie bestehe eine Leistungsminderung von aktuell schätzungsweise 20 bis 30%. Diese dürfte aber langfristig auch durch Verbesserung der Schlafqualität zu steigern sein (lit. e). Dem Beschwerdeführer seien prinzipiell jegliche Verweistätigkeiten zumutbar, d.h. alle leichten bis zweitweise auch mittelschweren körperlichen Tätigkeiten. Intensive Gerüche am Arbeitsplatz müssten vermieden werden, da diese eine starke Übelkeit induzieren würden (S. 3 Ziff. 3)

4.2.5 Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Spital Q._____, diagnostizierte im Bericht vom 6. Oktober 2010 (act. IIA 112/9) u.a. eine chronische myeloische Leukämie sowie unklare Knie-schmerzen beidseits (S. 1). Beim Beschwerdeführer sei im Februar 2010 eine chronische myeloische Leukämie festgestellt worden. Unter medikamentöser Behandlung zeige er nun ein hervorragendes Ansprechen. Er vertrage die Medikamente sehr gut und berichte lediglich über leichte perio-

orbitale Ödeme morgens, welche durch das Medikament verursacht würden (S. 2).

4.2.6 Dr. med. J. _____ führte im Bericht vom 18. Mai 2011 (act. IIA 147.3/2) aus, der Beschwerdeführer sei wegen des Schmerzsyndroms der unteren Extremitäten, vor allem der Knie, zu 100% arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin. Von Seiten der Leukämie sei er momentan beschwerdefrei und wenn nur diese Diagnose vorliegen würde, arbeitsfähig.

In seinem undatierten, der Beschwerdegegnerin am 7. Dezember 2011 (act. IIA 123) eingegangenen Bericht diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Rückenschmerzen, eine Depression, einen Status nach Hepatitis B sowie einen Bandscheibenvorfall 1999 (S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei seit 2001 wegen Wirbelsäulenbeschwerden in Behandlung. Diese würden ihn wegen chronischer Schmerzen immobilisieren. Bisherige Behandlungen seien ohne deutliches Ergebnis geblieben. Die Rückenschmerzen würden teilweise ins rechte Bein ausstrahlen. Die Depression liege ebenfalls seit Jahren vor. Diese sei vermutlich durch die chronischen Schmerzen verursacht. Von Seiten der 2010 diagnostizierten chronisch myeloischen Leukämie sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.4). Körperlich bestünden Einschränkungen in Form eines chronischen Schmerzzustandes, psychisch in Form einer konsekutiven Depression. Vor allem sowohl beim permanenten Sitzen wie beim permanenten Stehen würden sich im Laufe von Stunden zunehmend Schmerzen manifestieren. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7), bei wechselnder Körperhaltung und wenn er keine Lasten heben müsse, wäre er zu 50% arbeitsfähig (Ziff. 1.8).

Wie Dr. med. J. _____ in seinem Schreiben vom 11. Juni 2012 (act. IIA 136/17) an den Rechtsvertreter mitteilte, leide der Beschwerdeführer an einer chronisch-myeloischen Leukämie. Er stehe unter medikamentöser Behandlung. Das Medikament könne eine starke Müdigkeit verursachen. Nach Angaben des Beschwerdeführers ermüde er bereits nach einer Stunde Tätigkeit und müsse anschliessend drei Stunden schlafen.

4.2.7 Dem Bericht des RAD-Arztes Dr. med. R._____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 14. Juli 2011 (act. IIA 113) ist zu entnehmen, die bekannte chronisch myeloische Leukämie befinde sich offensichtlich in Remission. Gesundheitsbedingte Beschwerden würden vom Beschwerdeführer bezogen auf diese Erkrankung nicht angegeben. Der Verdacht auf eine Polyneuropathie als Nebenwirkung der diesbezüglichen medikamentösen Therapie sei nicht bestätigt und hätte zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das seinerseits attestierte Zumutbarkeitsprofil keinen Einfluss. Die angegebenen Kniebeschwerden im Sinne einer Kälteempfindlichkeit hätten offenbar kein organisches Korrelat. Zudem zeige sich eine gelenksbezogene Untersuchung als unauffällig. Die Rückenbeschwerden würden weiterhin beschrieben, hätten allerdings bereits früher zur Rentenabweisung geführt. Zudem entsprächen die bestätigten Einschränkungen hierdurch auch dem früher beschriebenen Zumutbarkeitsprofil. Eine psychisch-psychiatrische Erkrankung sei nicht sicher und schlüssig ausgewiesen. Eine glaubhafte und nachvollziehbare psychiatrische Erkrankung gehe aus den vorliegenden Arztberichten nicht hervor. Offensichtlich sei dies im Detail auch dem behandelnden Hausarzt des Beschwerdeführers nicht bekannt. Zusammenfassend könne auf das früher beschriebene Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 12/6) abgestellt werden (S. 4).

4.2.8 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2011 (act. IIA 126) eine seit September 2009 bestehende rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine Leukämie (S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei bei ihm seit dem 25. März 2009 in Behandlung (Ziff. 1.2). Er leide an täglichen Angstzuständen mit einer Herabsetzung der Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Angstzustände und Panikattacken würden von neurovegetativen Problemen begleitet. Die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7). Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht vermindern (Ziff. 1.8).

Wie Dr. med. S._____ in seinem Bericht vom 21. April 2012 (act. IIA 133/3) ausführte, leide der Beschwerdeführer gegenwärtig an einem mittel-

gradig depressiven Zustand mit somatischem Syndrom. Weiter bestehe eine Stimmungssenkung mit einer Abnahme der Konzentration und der Aufmerksamkeit. Er leide immer noch an täglichen Angstzuständen und habe einen pessimistischen Blick auf seine Krankheit. Ebenfalls leide er unter somatischen Symptomen und neurovegetativen Problemen wie Kopfschmerzen, Schwitzen und Herzrasen. Seit Februar 2011 sei eine leichte Verbesserung eingetreten, indem der Beschwerdeführer heute keine Suizidgedanken mehr hege und keine Panikattacken wie früher mehr auftreten würden. Von Seiten der Konzentration und Aufmerksamkeit gebe es leider keine wesentliche Verbesserung (S. 1 f. Ziff. 2). Aktuell sei er ungefähr zu 60 bis 70% arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 3).

4.2.9 Der Beschwerdeführer wurde am 29. Oktober 2012 von Dr. med. F. _____ neurochirurgisch und am 3. Januar 2013 von Dr. med. E. _____ psychiatrisch untersucht. In ihrer bidisziplinären Konsensbeurteilung (act. IIB 169.2) kamen diese im Wesentlichen zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf Grund bestehender körperlicher Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigungen bestünden eine chronische bewegungs- und belastungsverstärkte lumbale und lumboischialgieforme Schmerzsymptomatik beidseits, aktuell linksbetont, LWS-Fehlform/-haltung, degenerative LWS-Veränderungen, mediolinkslaterale Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links ohne klare Neurokompression, Status nach Kompressionsfraktur LWK2 und Hyperextensionsfraktur LWK4 sowie eine symmetrische, überwiegend demyelinisierende Polyneuropathie der unteren Extremitäten. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. In der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätte keine krankheitswertige psychische Symptomatik festgestellt werden können. Auf jeden Fall fänden sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines aktuell bestehenden depressiven Syndroms. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 habe in der aktuellen Untersuchung ebenfalls nicht gestellt werden können (S. 2).

Aus bidisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf Grund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen als qualitativ und quantitativ beeinträchtigt zu beurteilen. Ihm seien körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 50% begrenzt) konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von achteinhalb Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei dabei bestehender 10 bis 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 2 f.). Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS wie vornübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert. Ausgeschlossen seien weiter Tätigkeiten mit Gehen auf unebenem Untergrund sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil ergeben.

4.2.10 Im onkologisch-neurologischen Gutachten vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein degeneratives LWS-Syndrom (ICD-10 M54.5) diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde die Diagnose einer chronischen myeloischen Leukämie, ED 02/2010 (ICD-10 C92) sowie der Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie (ICD-10 G62.9) gestellt (S. 18 f. Ziff. 5). In der neurologischen Untersuchung könnten die subjektiv beklagten Rückenbeschwerden dem degenerativen LWS-Syndrom zugeordnet werden mit Status nach zwei Frakturen 1999, ohne Anhaltspunkte für eine konsekutive radikuläre Beteiligung. Eine wesentliche Polyneuropathie sei klinisch nicht feststellbar. Es könne lediglich der Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie erhoben werden, wodurch die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus onkologischer Sicht könnte beim Beschwerdeführer die chronische myeloische Leukämie festgestellt werden, welche seit März 2010 medikamentös behandelt werde. Es sei schon

im September 2010 zu einer hämatologischen kompletten Remission gekommen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der myeloidischen Leukämie könne onkologisch nicht bestätigt werden. Gewisse Nebenwirkungen durch die medikamentöse Leukämietherapie seien möglich, könnten jedoch keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus onkologischer Sicht begründen. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht eine bleibende Arbeitsunfähigkeit für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten seit 1999. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten habe seither nur vorübergehend, nämlich von Dezember 2009 bis Juni 2010, eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit bestanden, ansonsten habe über die ganze Zeit keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen.

4.2.11 Zu den Einwänden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers gegen die beiden bidisziplinären Gutachten (vgl. E. 4.2.9 und 4.2.10 hier vor), nahmen die besagten Gutachter am 17. Juni (act. IIB 213), 2. Juli (act. IIB 214) und 8. Juli 2014 (act. IIB 215.2) Stellung.

4.3 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).

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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) im Wesentlichen auf das neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten der Dres. F._____ und E._____ vom 12. November 2012 (act. IIB 163.1) und 14. März 2013 (act. IIB 169.1 und 169.2), das neurologisch-onkologische Gutachten der G._____ vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1) sowie die ergänzenden Stellungnahmen der Gutachter vom 17. Juni (act. IIB 213), 2. Juli (act. IIB 214) und 8. Juli 2014 (act. IIB 215.2) abgestellt. Die Gutachten und Stellungnahmen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3. hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung, sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in ihrer Beurteilung gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Den Gutachten und Stellungnahmen kommt voller Beweiswert zu. Entgegen der Ansicht des

Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 4) sind die relevanten Gutachten in ihrer Überzeugungskraft nicht erschüttert. Somit kann entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 18 Ziff. 9) von einer gerichtlich anzuordnenden polydisziplinären Begutachtung abgesehen werden, zumal hiervon auch keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind und der massgebende Sachverhalt rechtsgenügend erstellt ist.

Daran vermögen die Einwendungen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 7 ff.) gemäss den nachfolgenden Ausführungen (vgl. E. 4.4.1 ff. hiernach) nichts zu ändern. Vorab ist jedoch zu erwähnen, dass für die Beurteilung einer wesentlichen Veränderung des anspruchsbegründenden Sachverhalts nicht nur die Verhältnisse bis 25. April 2001 (Rentenverfügung der C. _____; act. II 22) massgebend sind, sondern auch jene bis zum 13. Juni 2005 (IV-Verfügung, act. II 50).

4.4.1 Die Berichte des Spitals L. _____ vom 2. Juni 2009 (act. IIA 150.4/16) sowie des Kreisarztes der C. _____ Dr. med. O. _____ vom 28. Juli 2009 (act. IIA 105/4) vermögen die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F. _____ nicht zu schmälern. Einerseits wird im Bericht des Spitals L. _____ von einer stabilen Situation seit 2004 ausgegangen, andererseits wird in keinsten Weise dargelegt, weshalb seit 2005 eine das funktionelle Leistungsvermögen beeinträchtigende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sein soll. Auch der Kreisarzt der C. _____ geht 2009 davon aus, dass zwischen 2005 und 2009 bildgebend die Diskushernien L5/S1 sowie die degenerativen Veränderungen nicht in ausgesprochenem Mass zugenommen haben. Wenn er nun zum Schluss kommt, die „aktuell geäusserte Arbeitsfähigkeit von 50%“ sei medizinisch „vertretbar“, überzeugt diese Aussage nicht und ist für die Beurteilung einer eingetretenen Veränderung nicht massgebend, lässt sich doch nicht eruieren, weshalb er eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit als „vertretbar“ erachtet. Zudem lagen ihm, wie er selbst schreibt, nicht sämtliche Akten vor und er war über den Verlauf seit 2000 schlecht dokumentiert. Weiter handelt es sich bei Dr. med. O. _____ um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, weshalb auf seine Beurteilung etwelcher neurochirurgischen und psychiatrischen Einschränkungen schon daher nicht

abgestellt werden kann, wenn wie vorliegend, nachvollziehbare und überzeugende Gutachten von Fachärzten dieser medizinischen Disziplinen vorliegen. Weiter zeigte bereits das MRI vom 30. März 2004 (act. II 49/15) im Segment L5/S1 eine fortgeschrittene Diskopathie mit einer zusätzlichen paramedian links bis mediolateral links gelegenen Diskushernie, welche die Wurzel S1 links leicht nach dorsal verlagert und ausserdem die Wurzel L5 links im axilliären Bereich leicht anhebt. Auch sind, wie bereits weiter oben unter E. 4.4. ausgeführt, für die Beurteilung einer wesentlichen Veränderung des anspruchsbegründenden Sachverhalts nicht etwa nur die Verhältnisse bis 25. April 2001 (Rentenverfügung der C. _____; act. II 22) massgebend, sondern ebenfalls jene bis zum 13. Juni 2005 (IV-Verfügung, act. II 50). Somit erübrigt sich auch der Hinweis des Rechtsvertreters (Beschwerde S. 10), wonach den von der C. _____ 2000 nicht erfassten Befunden L5/S1 „sicher“ eine wesentliche Verantwortung für den verschlechterten Befund zukomme. Weiter vermögen die unter Ziff. 8 auf S. 11 f. der Beschwerde vorgebrachten Einwände gegen die Schlüssigkeit des neurochirurgischen Gutachtens nicht zu überzeugen und werden denn auch nicht durch fachärztliche Berichte untermauert. Diesbezüglich kann auch auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin unter Ziff. 11 ihrer Beschwerdeantwort verwiesen werden.

4.4.2 Was der Beschwerdeführer gegen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 14. März 2013 (act. IIB 169.1) vorbringen lässt (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 9), vermag dessen Beweiskraft nicht zu schmälern. Vorab ist zu erwähnen, dass Dr. med. E. _____ für die Erstellung seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Juli 2014 (act. IIB 214) sehr wohl im Besitze der Aktennotiz des Rechtsvertreters vom 30. April 2013 (act. IIB 175) war, wurden ihm doch am 3. Juni 2014 (act. IIB 211) sämtliche IV-Akten seit dem 28. September 2012 in Kopie zugestellt. Offensichtlich hat im Rahmen der psychiatrischen Exploration die Psychologin U. _____ eine psychologische Untersuchung durchgeführt (act. IIB 169.1 S. 14). Dies ist unter Berücksichtigung, dass es sich dabei um eine Hilfsdisziplin der Psychiatrie handelt und damit die Psychologin als Hilfsperson von Dr. med. E. _____ zu betrachten ist, nicht zu beanstanden. Nicht zu bemängeln ist weiter, wenn er in ihrem Namen unterschreibt. Auch wenn die Befunde von Dr. med. E. _____ von denjenigen, welche Dr.

med. Dipl.-Psych. M._____ 2009 erhob (vgl. act. IIA 147.3/24), abweichen, ändert dies an der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens von Dr. med. E._____ nichts. Dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit 2009 geändert hat, ist aufgrund der Akten erstellt. Im Juni 2009 war er seit rund drei Monaten in Abständen von ca. drei Wochen beim Psychiater Dr. med. S._____ in Behandlung (S. 7). Bereits anlässlich der vertrauensärztlichen Untersuchung der N._____ vom 30. Juni 2010 (act. IIA 147.3/4) war er seit drei Monaten nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung und es konnten weder geistige noch psychische Einschränkungen festgestellt werden. Das Vorhandensein einer krankheitswertigen psychischen Störung wurde verneint (S. 2). Auch die weiteren Einwände des Beschwerdeführers ändern an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens nichts. Dr. med. E._____ hat zu sämtlichen Berichten nachvollziehbar Stellung genommen und überzeugend dargelegt, weshalb aufgrund der Akten und seiner Untersuchung erstellt ist, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrischen Beeinträchtigungen bestehen. Auch hat er zu den umfangreichen ausgeführten Einwänden des Beschwerdeführers vom 30. April 2013 (act. IIB 175) und 5. Februar 2014 (act. IIB 200) am 2. Juli 2014 (act. IIB 214) Stellung bezogen und diese widerlegt. Das Gutachten erfüllt die geforderten qualitativen Ansprüche und die vorgebrachten Einwände vermögen kein begründetes Misstrauen betreffend Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. E._____ zu bewirken. Es ist auch deshalb auf das Gutachten abzustellen, da vom Beschwerdeführer keine fachärztlichen Berichte eingereicht wurden, die den Erkenntnissen von Dr. med. E._____ widersprechen würden.

4.4.3 Bezüglich des neurologisch-onkologischen MEDAS-Gutachtens G._____ vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1) konnten durch die ergänzende Stellungnahme des Gutachterinstituts vom 17. Juni 2014 (act. IIB 213), die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beanstandungen weitestgehend geklärt werden (vgl. act. IIB 217 S. 1 f. Ziff. 2 und Beschwerde S. 7 Ziff. 5). Einzig bringt dieser am 8. August 2015 (act. IIB 217) vor, dass mit Bezug auf die Diagnostik nach wie vor eine Diskrepanz zu den früheren „ernsthafteren Feststellungen“ bestehe (S. 2 Ziff. 2). Der neurologische Teil des bidisziplinären MEDAS-Gutachtens G._____ (act. IIB 194 S. 15 ff.

Ziff. 3) befasst sich ausführlich mit der im neurochirurgischen Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 12. November 2012 (act. IIB 163.1) gestellten Diagnose einer symmetrischen, überwiegend demyelinisierenden Polyneuropathie der unteren Extremitäten. Nachvollziehbar wird im MEDAS-Gutachten G. _____ ausgeführt, dass und warum die Diagnose einer Neuropathie eben gerade nicht gestellt werden kann. Zu diesem Thema nimmt das G. _____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17. Juni 2014 (Act. IIB 213) ein weiteres Mal Stellung und es ist damit erstellt, dass die bei der Begutachtung erhobenen Befunde keine Diagnosestellung einer Neuropathie erlauben.

4.4.4 Aufgrund des Dargelegten ist für die sich hier stellenden Fragen einer wesentlichen Veränderung im Gesundheitszustand und der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vollumfänglich auf das bidisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten der Dres. F. _____ und E. _____ (act. IIB 163.1 und 169.1 und 169.2), das onkologisch-neurologische Gutachten der G. _____ (act. IIB 195.1) und die ergänzenden Stellungnahmen der Gutachter (act. IIB 213, 214 und 215.2) abzustellen.

4.5 Aufgrund der im onkologischen Teil des bidisziplinären MEDAS-Gutachten G. _____ vom 6. Januar 2014 (act. IIB 195.1) festgestellten rund ein halbes Jahr andauernden Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 18 Ziff. 4.6) ist eine wesentliche Veränderung ausgewiesen. Denn nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist nicht verlangt, dass eine 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 [BGer] vom 21. September 2012, 9C_530/2012, E. 5.2). Der Rentenanspruch ist damit nachfolgend unter E. 5 frei, d.h. umfassend und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen.

5.

Aufgrund der massgebenden gutachterlichen Abklärungen ist der Beschwerdeführer seit 1999 für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten arbeitsunfähig (act. IIB 169.2 S. 2 f und act. IIB 195.1 S. 19 Ziff. 6). Ihm sind jedoch körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (Anteil mittelschwerer Arbeit ist mit 50% begrenzt) konsequent wechselbelastende Tätigkeiten an achteinhalb Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche zumutbar. Dabei besteht eine Leistungsminderung von 10 bis 20% (act. IIB 163.1 S. 35 Ziff. 11 ff.).

5.1 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).

5.2 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 (nachfolgend BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). 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).

5.3 Unter Berücksichtigung des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) sowie der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) seit Einreichung der Neuanmeldung vom 26. Januar 2011 liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Juni 2011. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2011 hin vorzunehmen.

5.4 Die Firma, bei welcher der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschaden arbeitete, die T. _____, wurde am 2. Mai 2002 aufgelöst und im Schweizerischen Handelsamtsblatt vom 8. Mai 2002 gelöscht (vgl. Schweizerisches Handelsamtsblatt vom 8. Mai 2002, abrufbar unter www.zefix.ch/shab). Weiter wurde ihm am 7. Juli 2000 (act. II 5/3) aus unfallfremden Gründen gekündigt (vgl. Telefonnotiz vom 7. August 2000; act. II 5/4). Somit könnte er auch im Gesundheitsfall nicht mehr beim damaligen Arbeitgeber arbeiten (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 5. Juni 2012, 8C_183/2012, E. 8.3), was das Heranziehen dieses Einkommens für die Bestimmung des Valideneinkommens verbietet (Entscheid des BGer vom 21. Oktober 2014, 9C_378/2014, E. 4.3.1). Somit hat die Beschwerdegegnerin, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 18 ff. Ziff. 10), zu Recht das Valideneinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen ermittelt. Bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitete er als ... (act. II 1 S. 4 Ziff. 6.3.1) und es ist davon auszugehen, dass er diesen Beruf auch im Gesundheitsfall ausüben würde. Für die Bestimmung des im Gesundheitsfall mutmasslich erzielten Einkommens ist auf die Tabelle TA1, Männer, Zeile 24 (Metallerzeugung und -bearbeitung), Anforderungsniveau

3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt), der LSE 2010 abzustellen. Der hierfür massgebende monatliche Lohn beträgt Fr. 6'000.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.4 Stunden im Jahr 2011 (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Zeile 24-25 [Herstellung von Metallernzeugnissen]) und einer Nominallohnentwicklung 2011 von 0.9% (vgl. Tabelle T1.10., Nominallohnindex, 2011-2014, des BfS, Zeile 24/25 [Metallernzeugung; Herst. von Metallernzeugnissen]) resultiert ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 75'190.70 ($[(\text{Fr. } 6'000.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \text{ Stunden} \times 41.4 \text{ Stunden}) + 0.9\%]$).

5.5 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht umsetzt, ist für die Bemessung der Restarbeitsfähigkeit auf die statistischen Zahlen der LSE abzustellen (vgl. E. 5.2 hiervor). In einer leidensangepassten Tätigkeit besteht eine vollständige Erwerbsfähigkeit bei einer Leistungseinbusse von 10 bis maximal 20% (act. IIB 169.2 S. 2 f.); aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des BGer vom 12. April 2011, 9C_280/2010, E. 4.2 [in BGE 137 V 71 nicht publiziert]) ist vom Mittelwert, d.h. 15%, auszugehen. Die Beschwerdegegnerin ist korrekterweise davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2010, Männer, Totalwert, in einer leidensangepassten Tätigkeit ein monatliches Einkommen von Fr. 4'901.-- erzielen kann. Aufgerechnet auf ein Jahr, unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit 2011 von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Totalwert) und der Nominallohnentwicklung für 2011 von 1% (vgl. Tabelle T1.10, Nominallohnindex, 2011-2014, des BfS, Totalwert) sowie der Leistungseinschränkung von 15% ist das Valideneinkommen auf Fr. 52'635.95 ($[(\text{Fr. } 4'901.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \text{ Stunden} \times 41.7 \text{ Stunden}) + 1\%] - 15\%$) festzusetzen. Da beide Vergleichseinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen ermittelt wurden, ist für invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) kein Abzug vorzunehmen, da ein solcher bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wäre (Entscheidung des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Da zudem den behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der reduzierten Leis-

tungsfähigkeit um 15% genügend Rechnung getragen wurde, ist entgegen der Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Auf die diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 20 f. Ziff. 11) braucht daher nicht eingegangen zu werden.

5.6 In der Folge resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30% ($[(\text{Fr. } 75'190.70 - \text{Fr } 52'635.95)] * 100\% / \text{Fr. } 75'190.70$).

6.

Die angefochtene Verfügung vom 3. September 2014 (act. IIB 223) erweist sich damit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

7.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

7.2 Es besteht kein 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 15. Oktober 2014 und 13. November 2014)
 - 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.