

200 14 94 IV  
SCI/SCC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. Oktober 2014**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Dezember 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist als selbstständiger ... tätig. Im Januar 2000 meldete er sich erstmals zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach Abklärungen, u.a. veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Abklärung in der C.\_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 [AB 22]), verfügte die IVB am 8. März 2002 die Ablehnung einer Rente (AB 34). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 29. Oktober 2002 ab (IV 61842 [AB 39]). Mit Verfügung vom 20. Dezember 2002 wies die IVB den Anspruch auf Berufliche Massnahmen ab (AB 43).

### **B.**

Der Versicherte meldete sich im Juni 2011 erneut bei der IVB an (AB 46). Die IVB holte einen IK-Auszug (AB 47), Buchhaltungsabschlüsse von 2006 bis 2010 (AB 49.1-49.6), die Akten der D.\_\_\_\_\_ (AB 53.1-53.15) sowie verschiedene Arzt- und Spitalberichte ein. Gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 1. März 2012 (AB 59) bzw. 30. April 2012 veranlasste die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung durch die E.\_\_\_\_\_ (MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 [AB 73.1-73.5] und Ergänzung vom 28. Februar 2013 [AB 80]). Der Abklärungsdienst der IVB erstellte einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 16. Mai 2013 (AB 81). Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2013 stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 31 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 82). Hiergegen erhob der Versicherte am 14. August 2013, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, Einwände und reichte verschiedene Arzt- und Spitalberichte ein (AB 94). Nach einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 12. Dezember 2013 (AB 96) verfügte die IVB am 18. Dezember 2013 die Abweisung des Rentengesuchs (AB 97).

## **C.**

Am 29. Januar 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragte das Folgende:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. Dezember 2013 sei aufzuheben und die Akten seien zu einer neuen Entscheidung in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anweisung, vorgängig den rechtserheblichen Sachverhalt im Rahmen einer medizinischen Begutachtung vollständig feststellen zu lassen.
2. Eventualiter: Es sei im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eine medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers anzuordnen.
3. Subeventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. Dezember 2013 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab Dezember 2011 mindestens eine Viertelsrente der eidgenössischen Invalidenversicherung zuzusprechen.
4. Verfahrensantrag: Dem Beschwerdeführer sei für das Beschwerdeverfahren das Recht der unentgeltlichen Rechtspflege zu erteilen, unter Einsetzung des Unterzeichneten als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2014 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde. Dazu reichte sie die Stellungnahmen der RAD-Ärzte F. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Tropenmedizin und Reise-medicin FMH, ein.

Mit Replik vom 2. Juli 2014 und Duplik vom 31. Juli 2014 bestätigten die Parteien ihre Anträge.

## **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 Anträ-

gen 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 der IV-Stelle Bern vom 18. Dezember 2013. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

**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). 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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2** 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).

**2.3** 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.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5** 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 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4

IVV). 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).

**2.5.1** 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).

**2.5.2** 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.6** 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).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Juni 2011 (AB 46) eingetreten, die Eintretensfrage ist deshalb hier nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Folgerichtig hat die IVB die gesundheitliche Situation gutachterlich abklären lassen. Dieses Vorgehen ist in keiner Weise zu beanstanden.

Zu prüfen ist, ob veränderte, d.h. potentiell rentenbegründende (vgl. E. 2.5.1 hiervor) Verhältnisse vorliegen. Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenablehnenden Verfügung vom 8. März 2002 (AB 34), welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 29. Oktober 2002 (IV 61842 [AB 39]) bestätigt wurde, mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2013 (AB 97) entwickelt hat, zu vergleichen. Erst wenn eine erhebliche Veränderung der Verhältnisse vorliegt, erfolgt im Rahmen von Art. 17 ATSG eine allseitig umfassende Prüfung (vgl. E. 3.7 hiernach).

**3.2** Die rentenablehnende Verfügung vom 8. März 2002 (AB 34) stützte sich auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 (AB 22). Darin diagnostizierten die Gutachter das Folgende (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit):

1. Zervikozephalas sowie intermittierend zervikospondylogenes und thorakospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2, M54.6) bei/mit:
  1. ausgeprägter Symptomausweitung und Generalisierungstendenz bei psychosozialen Konflikt
  2. leichten muskulären Dysbalancen
2. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
3. Probleme mit der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73)
4. Spannungskopfschmerzen, tendomyopathisch Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter eine halbseitige Verminderung der Berührungsempfindlichkeit rechts ohne organisch-neurologisches Korrelat (AB 22 S. 7). Es bestünden keine funktionellen Limitierungen in den Alltagsbewegungen, auch könnten keine muskulären Defizite nachgewiesen werden. Es zeige sich eine leichte, depressive Episode, weiter seien Probleme mit der Krankheitsverarbeitung vorhanden. Die Spannungskopfschmerzen und die tendomyopathischen Beschwerden des Schultergürtels könnten zwar ursächlich durch Kontusionen bedingt sein, müssten in ihrem jetzigen Ausmass jedoch als mögliche An-

passungs- und Verarbeitungsstörung interpretiert werden. Auch gebe es keine Hinweise für eine labyrinthäre Störung, welche ursächlich für das Auftreten von Schwindel sei. Der Beschwerdeführer sei im angestammten Beruf zu 75 % arbeitsfähig (AB 22 S. 8).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 18. Dezember 2013 (AB 97) stützt sich auf die folgenden medizinischen Berichte:

**3.3.1** Im Bericht vom 17. Februar 2010 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H. \_\_\_\_\_ das Folgende:

1. Panalgie
2. Hypermobilität
3. Fibromyalgiformes Beschwerdebild
4. Thrombophlebitis Unterarm rechts nach Infusion vor drei Wochen

Die ausgedehnte serologische Abklärung habe keine humorale Aktivität oder positiven Nachweis von Autoantikörpern gezeigt. Ein rheumatologisches Krankheitsbild sähen sie als weitgehend ausgeschlossen. Es werde eine psychosomatische Evaluation empfohlen (AB 53.5 S. 3 f.).

**3.3.2** Im Bericht vom 5. Mai 2011 stellten die Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen (AB 54 S. 13):

1. Generalisierte Schmerzstörung (DD: ICD-10 M79.70, F45.40)
2. Panikstörung (ICD-10 F41.09)

Sie hielten fest, der Beschwerdeführer leide an einer stressassoziierten Doppelproblematik. Die Ganzkörperschmerzen könnten den somatoformen Schmerzen zugeordnet werden, wie auch den fibromyalgiformen Erkrankungen. Nicht untypisch sei die Assoziation mit Panikattacken. Der Patient verfolge eine therapeutisch-diagnostische Polypragmasie, sei er doch gleichzeitig zur Abklärung in der Klinik J. \_\_\_\_\_ angemeldet worden (AB 54 S. 14 f.).

**3.3.3** Gestützt auf einen Aufenthalt vom 11. bis 31. Mai 2011 diagnostizierten die Ärzte der Klinik K. \_\_\_\_\_ das Folgende (AB 50 S. 8 f.):

1. Seronegative Spondylarthropathie (Morbus Bechterew; ICD-10 M45.00) mit/bei:
  - Entzündlichem Pannus um den Dens (MRI Mai 2011)
  - Reizerguss und Synovitis in den Seitengelenken Th9/10/11 beidseits und L2-S1
  - Entzündliche Enthesiopathie der inter- und supraspinalen Ligamente L1-S1
  - Chronische, aktuell nicht floride Sacroiliitis

- Synovitis beider Hüftgelenke mit Reizergüssen
  - Synovitiden im Bereich beider Hände
  - HLA-B27 negativ
2. Chronisches cervicoradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts bei Diskushernie (ICD-10 M51.1+, G55.1\*)
    - Tendenz zur Schmerzgeneralisierung
  3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, DD: Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von Gefühlen (Angst, Depression, Ärger, Misstrauen; ICD-10 F45.51, F43.23).

Aus neurologischer Sicht liege ein generalisiertes Schmerzsyndrom vor, vermutlich im Rahmen der rheumatischen Grunderkrankungen. Es bestünden keine sicheren Hinweise für eine neuropathische oder radikuläre Schmerzursache. Am ehesten sei von einer funktionellen Sensibilitätsstörung auszugehen. Elektrophysiologisch liegen keine Anhaltspunkte für eine periphere Neuropathie vor. Aus rheumatologischer Sicht führten die Ärzte aus, die Diagnose einer seronegativen Spondylarthropathie (Morbus Bechterew) oder Spondylarthritis lasse sich mit der Ultraschalluntersuchung nicht untermauern. Die MRI-Veränderungen schienen subtil zu sein (AB 50 S. 10). Im Bericht vom 21. Juli 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielten sie zum Zumutbarkeitsprofil fest, nicht zumutbar seien Arbeiten mit Heben und Tragen von Gewichten, mit Rotationsbewegungen, in gebückter Haltung, mit Knien oder Kauern, mit längeren Gehstrecken, mit Treppensteigen oder Besteigen von Leitern oder Gerüsten, im Stehen oder mit langem Sitzen, in Hitze oder Kälte und Nässe und mit Überkopfarbeiten (AB 50 S. 4).

**3.3.4** Im Bericht vom 15. August 2011 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ das Folgende (AB 54 S. 7):

1. Seronegative Spondylarthropathie (Morbus Bechterew)
2. Chronisches cervicoradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts bei DH C5/6
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Der Hausarzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit September 2009 (AB 54 S. 8).

**3.3.5** In den Berichten vom 4. November 2011 und 5. Dezember 2011 diagnostizierte der Neurologe Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Rehaklinik N.\_\_\_\_\_, multiple Missempfindungen unklarer Ätiologie (AB 56 S. 34 ff.). Aufgrund der aktuellen (bland) elektrodiagnostischen Befunde sei nicht von einer relevanten Neuropathie auszugehen (AB 56 S. 36).

**3.3.6** Der Hausarzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 9. Dezember 2011 die folgenden Diagnosen (AB 56 S. 2):

1. Generalisierte Schmerzstörung (ICD-10 M79.70, F45.40) DD: Fibromyalgie
2. Panikstörung bei mittelschwerer Depression
3. Verdacht auf Morbus Bechterew
4. Chronisches cervikoradikuläres Reizsyndrom bei DH C5/C6 mit Symptomausweitung
5. Benzodiazepingewöhnung

Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, mit einer Leistungsfähigkeit von 30 % in einer wechselbelastenden Tätigkeit (AB 56 S. 7).

**3.3.7** Im MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 73.1 S. 25):

1. Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11)
  - teilremittiert
  - ohne spezifische Psychotherapie, ohne Psychopharmakotherapie
  - bestehend seit 1998
2. Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
  - bestehend seit 1998
3. Nicht klassifizierbarer Kopfschmerz (ICD-10: R51)
  - am ehesten chronischer Spannungskopfschmerz mit erhöhter Schmerzempfindlichkeit (ICD-10: G22.22)
  - mögliche Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente (ICD-10: G44.4)

Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest, aus neurologischer Sicht lägen keine Hinweise für eine Borreliose und kein klarer Hinweis für eine entzündliche ZNS-Erkrankung vor. Es sei am ehesten von einer nicht vorhandenen Borreliose auszugehen oder, wenn eine Borreliose tatsächlich vorgelegen habe, dann sei sie sicher vollständig behandelt worden und weder klinisch noch labormässig seien irgendwelche Folgeerscheinungen feststellbar (AB 73.1 S. 28). Aus rheumatologischer Sicht führten sie aus, es seien die Kriterien für eine ankylosierende Spondylarthropathie nicht erfüllt: sowohl serologisch als auch klinisch hätten sich keine Hinweise auf diese Erkrankung ergeben. Es hätten sich sogenannte Stigmata, die nach längerem Vorhandensein bei Morbus Bechterew zu erwarten wären, klinisch nicht finden lassen. Bei der klinischen Untersuchung habe eine gesunde Rumpf-, Schulter-, Beckengürtelmuskulatur und unauffällige Muskulatur an den Extremitäten vorgelegen, was auf eine regelmässige körperliche Aktivität hindeute. Aus rheumatologischer Sicht sei die Diagnose eines Morbus Bechterew nicht zutreffend. Aus psychiatrischer Sicht legten die

Gutachter dar, es beständen depressive Episoden, deren Trigger die Scheidung von der Ehefrau, ein tätlicher Angriff, ein Sturz von der Leiter und die psychosozialen Belastungen, wie finanzielle Krisen und Langzeitarbeitslosigkeit, seien. Die Kriterien für eine dissoziative Störung seien nicht erfüllt (AB 73.1 S. 29). Als Co-Diagnose bestehe eine somatoforme Schmerzstörung (AB 73.1 S. 30). Aus psychiatrischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten und jeglicher anderer Tätigkeit auszugehen (AB 73.1 S. 30). In der Ergänzung vom 28. Februar 2013 (AB 80) hielten die Gutachter fest, die Arbeitsfähigkeit von 70 % sei aufgrund der Spannungskopfschmerzen und der psychiatrischen Diagnosen gestellt worden. Die empfohlene Psychotherapie und Optimierung der Kopfschmerztherapie sollte zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen; der Erfolg müsse aber nach Durchführung neu beurteilt werden, da sichere Prognosen über einen Therapieerfolg nicht abgegeben werden könnten. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei nicht zu begründen gewesen (AB 80).

**3.3.8** Im Bericht vom 31. Juli 2013 hielten die Ärzte der Klinik K. \_\_\_\_\_ zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers fest, die Diagnosestellung eines Morbus Bechterew sei 2011 aufgrund der Klinik und eines MRI erfolgt, in welchem multiple Entzündungslokalisationen zu sehen gewesen seien. Die Befunde im MRI hätten zu den Beschwerden gepasst. Strukturelle Schäden an den Gelenken, auch an der Wirbelsäule, seien noch nicht nachweisbar gewesen. Es sei daraufhin eine Basistherapie eingeleitet worden. Deshalb sei es auch nicht weiter verwunderlich, dass anlässlich der Begutachtung im Sommer 2012 die Entzündungszeichen und die Klinik unter der Therapie rückläufig gewesen seien (Beschwerdebeilage [BB] 3).

**3.3.9** Im Bericht vom 31. Juli 2013 diagnostizierte der Arzt des Spitals P. \_\_\_\_\_ das Folgende:

- Diffuses neuropathisches, DD myofasiales Schmerzsyndrom bei
  - Borreliose
  - Morbus Bechterew
  - Chronischer reaktiver Depression mittelschweren Ausmasses
  - Angstzuständen

Er legte dar, da – nach verschiedenen Behandlungen – die erwünschte dauerhafte Stabilisierung des gesamten Schmerzgeschehens nicht eingetreten sei, seien die Behandlungen beendet und der Beschwerdeführer sei in die hauseigene Schmerzpraxis überwiesen worden (BB 4).

**3.3.10** Im Kurzbericht vom 11. August 2013 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hielt der Hausarzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ fest, eine Neuroborreliose sei von verschiedenen Neurologen ausgeschlossen worden. Die rheumatologische Diagnose eines möglichen Morbus Bechterew sei in der Klinik K. \_\_\_\_\_ anhand von MRI ohne serologischen Nachweis einer entzündlichen Spondyloarthropathie oder positiver HLA Typisierung gestellt worden. Der Beschwerdeführer zeige jedoch die typischen Symptome einer Fibromyalgie (BB 5).

**3.4** 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).

**3.5** Die MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 (AB 22) und vom 5. De-

zember 2012 (AB 73.1) wurden sorgfältig erstellt und überzeugen (vgl. auch AB 39 S. 7 f.). In der Diagnostik wurden von den vielen behandelnden Ärzten über die Jahre immer wieder verschiedene Thesen aufgestellt, u.a. wurde von einer Panalgie, einer Hypermobilität, einem fibromyalgiformen Beschwerdebild (Rheumatologen des Spitals H.\_\_\_\_\_ [AB 53.5 S. 3]), von multiplen Missempfindungen unklarer Ätiologie (Rehaklinik N.\_\_\_\_\_ [AB 56 S. 35]) und von einer generalisierten Schmerzstörung (AB 56 S. 2) ausgegangen. Allein unterschiedliche Diagnosen belegen aus sich selbst heraus jedoch noch keine gesundheitlichen Veränderungen. Bereits im MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 (AB 22) waren die Rückenbeschwerden (vgl. AB 22 S. 4) und eine psychische Störung thematisiert worden (AB 22 S. 6). Ein Vergleich der MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 und vom 5. Dezember 2012 (unter Berücksichtigung auch der Berichte der behandelnden Ärzte) ergibt letztlich ein in jeder Hinsicht unverändertes Beschwerdebild. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer unterschiedlich klagte (Migräne, starke Schmerzen im gesamten Rückenbereich bis ins rechte Bein und Arm ausstrahlend [AB 22 S. 3], Schmerzen, die zum Verdacht auf Morbus Bechterew und Borreliose führten [AB 73.1 S. 13]), denn dem Beschwerdebild der Schmerzstörung wie auch der Depression waren und sind gewisse Schwankungen durchaus immanent. Somatisch fundierte Gesundheitsschäden im Sinne eines Morbus Bechterew und einer Borreliose liessen sich letztlich nicht feststellen, vielmehr stehen nach wie vor psychische Beschwerden im Vordergrund. Dies haben letztlich auch die Gutachter im MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 ausdrücklich so bestätigt, bezeichneten sie doch die psychische Störung, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse (AB 73.1 S. 21), als seit 1998 bestehend (AB 73.1 S. 18).

Der vom Beschwerdeführer vorgetragene Kritik am MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 kann nicht gefolgt werden. Zum einen ist klar erstellt, dass die angeblichen Zeckenstiche keine medizinisch relevanten Folgen hatten (vgl. AB 73.1 S. 28). Gleichermassen haben die Gutachter einlässlich, sorgfältig und nachvollziehbar auch zur Verdachtsdiagnose eines Morbus Bechterew Stellung genommen (AB 73.1 S. 22). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers ist die entsprechende Darstellung der Gutachter durchaus überzeugend. Entscheidend sind beim Morbus Bechte-

rew die objektiv feststellbaren krankhaften Veränderungen. Solche Veränderungen, die einen Morbus Bechterew belegen würden, wurden bis anhin von keinem auf das Erkrankungsbild spezialisierten rheumatologischen Facharzt erhoben (vgl. AB 50 S. 10, 53.5 S. 3). Im Gegenteil: So haben insbesondere die Ärzte des Spitals H.\_\_\_\_\_ ein rheumatologisches Krankheitsbild ausgeschlossen (AB 53.5 S. 3 unten). Vielmehr überwiesen sie den Beschwerdeführer zur Weiterabklärung ans Spital Q.\_\_\_\_\_, einer auf Behandlung bio-psychosozialer Krankheitsbilder spezialisierten Institution. Hinzu kommt, dass selbst die Ärzte der Klinik K.\_\_\_\_\_ im Juni 2011 in der rheumatologischen Befunderhebung ausdrücklich darauf hingewiesen haben, dass die Diagnose einer seronegativen Spondylarthropathie (Morbus Bechterew) sich mit der Ultraschalluntersuchung nicht habe untermauern lassen und dass die MRI-Veränderungen sehr subtil erscheinen würden (AB 50 S. 10). Nicht überzeugend ist, dass sie danach dennoch die Diagnose eines Morbus Bechterew stellten. Der begutachtende rheumatologische Facharzt hat im MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 plausibel dargelegt, dass im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des möglichen Bewegungsmusters wie auch der geklagten Symptomatik (d.h. vom klinischen Untersuchungsstandpunkt aus) der objektiv erhobene körperliche Status wie auch das an den Tag tretende Beschwerdebild mit den bei Morbus Bechterew Erkrankten nicht übereinstimmt und deshalb die Diagnose nicht gestellt werden kann (vgl. AB 73.1 S. 22). Anders als vom Beschwerdeführer gestützt auf einen Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Rechtsmedizin, Klinik K.\_\_\_\_\_, vom 31. Juli 2013 dargelegt (BB 3), wurde seitens der Gutachter die Diagnose des Morbus Bechterew im Übrigen auch nicht allein aufgrund negativer Laborwerte verworfen (vgl. AB 73.1 S. 29). Abgesehen davon, dass die entsprechenden (Labor-)Abklärungen mit Blick auf anderweitige Erkrankungen geboten waren (vgl. AB 73.1 S. 27 ff.).

Die Gutachter hielten fest, dass das HLA B27 negativ gewesen sei (AB 73.1 S. 29). Tatsächlich ist es so, dass Mutationen im HLA B27-Gen unter anderem mit dem Morbus Bechterew in Verbindung gebracht werden. Mehr als 90 % aller Morbus Bechterew-Erkrankten weisen eine entsprechende Alteration auf. Nicht ausgeschlossen ist damit, dass auch Personen ohne Alteration des HLA B27 (wie der Beschwerdeführer) an Morbus Bech-

terew erkranken (vgl. HANS-JÜRGEN HETTENKOFER [Hrsg.], RHEUMATOLOGIE, Diagnostik-Klinik-Therapie, 4. Aufl. 2001, S. 73, sowie WEBER/KISSLING, Morbus Bechterew – neue Therapien, offene Fragen [unter: [www.balgrist.ch](http://www.balgrist.ch)]). Der Beschwerdeführer geht jedoch fehl in der Annahme, die Gutachter hätten allein deshalb einen Morbus Bechterew ausgeschlossen, weil der HLA B27-Wert bei ihm negativ gewesen sei, ist doch dieser Wert kein strikter Beweis. Innerhalb der übrigen Beweislage ist er aber immerhin ein weiterer Anhaltspunkt. In diesem Sinne ist er ein Indiz unter vielen für die Richtigkeit der in Würdigung der gesamten Faktenlage erfolgten Beurteilung der Gutachter.

Nichts an diesem Ergebnis ändert die Stellungnahme der Ärzte der Klinik K.\_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2013 zum rheumatologischen Status (BB 3). Dr. med. R.\_\_\_\_\_ ist zunächst bereits aufgrund ihres Fachgebietes Rechtsmedizin für die Beurteilung der vorliegenden Frage auf rheumatologischem Gebiet nicht besonders befähigt und verkennt mit ihrer Bezugnahme auf die Diagnosestellung durch die Klinik K.\_\_\_\_\_ im Jahr 2011 (AB 50 S. 8 f.) sowohl die damalige Befundlage wie auch den Umstand, dass sämtliche von der Klinik K.\_\_\_\_\_ angeordneten spezifischen Therapien keinen Erfolg brachten (vgl. auch Bericht des Spitals S.\_\_\_\_\_ vom 20. September 2012 [BB 5]), mithin die gutachterliche Annahme einer im Zentrum stehenden psychischen bzw. psychosomatischen Störung durchaus korrekt ist.

Es ist somit erstellt, dass im Vergleich zur gesundheitlichen Lage im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenablehnung keine Veränderungen der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, bestanden doch bereits damals im Zentrum stehende psychische Beschwerden (leichte, depressive Episode, Probleme mit der Krankheitsverarbeitung, Anpassungs- und Verarbeitungsstörung [vgl. E. 3.2 hiervor]). Nach wie vor liegt ein unverändertes, von psychosozialen Umständen ausgelöstes und unterhaltenes Krankheitsbild vor. Daran ändert nichts, dass die rein altersmässig normale körperliche Degeneration auch beim Beschwerdeführer fortgeschritten ist. Gleichermassen unerheblich wäre eine zufolge Untätigkeit eingetretene Dekonditionierung, wobei die Gutachter von einer gesunden Rumpf-, Schulter- sowie Beckengürtelmuskulatur und einer unauffälligen Muskulatur an den Extre-

mitäten berichteten (AB 73.1 S. 29) und somit einen durchaus guten Zustand feststellten, womit letztlich auch die geltend gemachte Untätigkeit fraglich erscheint. Nach dem Gesagten liegt aus medizinischer Sicht kein Revisionsgrund vor und die damalige Beurteilung hat hinsichtlich der Leistungsablehnung weiterhin Gültigkeit.

**3.6** Aus erwerblicher Sicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bis anhin keine angepasste unselbstständige Tätigkeit aufgenommen hat, welche ihm gemäss den Ausführungen im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2002 (IV 61842, E. 6.a und 6.b) zumutbar ist. Es ist erstellt, dass auch in erwerblicher Hinsicht keine veränderten Verhältnisse vorliegen und damit kein Revisionsgrund eingetreten ist.

#### **4.**

**4.1** Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass eine wesentliche Änderung in den Verhältnissen eingetreten ist, so ändert sich im Ergebnis auch nach einer umfassenden Prüfung – wie nachfolgend aufgezeigt – nichts am Ergebnis: Auch in diesem Fall ist aus medizinischer Sicht auf das MEDAS-Gutachten vom 5. Dezember 2012 abzustellen. Dabei ist zu beachten, dass die gutachterlich attestierte Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit jedoch unberücksichtigt zu bleiben hätte (vgl. BGE 140 V 193). Denn es dürfen Leistungen der IV nur dann gewährt werden, wenn feststeht, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen daran gehindert ist, ihre Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten. Ist keine klare gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, sondern die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen bloss ungenügend erwerbstätig, so besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV.

Die rezidivierende depressive Störung wird wesentlich von den psychosozialen Belastungsfaktoren, insbesondere der faktischen Arbeitslosigkeit und dem tiefen Einkommen (vgl. AB 73.1 S. 20 Mitte) mit Angst um Verlust der Existenzgrundlage, ausgelöst und unterhalten (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Juli 2013, 9C\_902/2012, E. 4.1, vom 29. Oktober 2013, 9C\_454/2013 E. 5.1). Zudem gelten leichte bis mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als

therapeutisch angebar (vgl. Entscheid des BGer vom 13. August 2012, 9C\_302/2012, E. 4.3.2), wobei eine nachhaltige psychiatrische Behandlung offenbar bisher nicht erfolgt ist (vgl. AB 73.1 S. 21 unten), jedoch empfohlen wird (AB 80). Gleichermassen unberücksichtigt bleiben müssten die wesentlich vom Medikamentenüberkonsum getriggerten Kopfschmerzen (vgl. AB 73.1 S. 24) bzw. die direkten Folgeerscheinungen, die zum neurologischen Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 10 bis 20 % (nicht additiv zu weiteren Prozentsätzen) führten (AB 73.1 S. 24 unten). Immerhin haben die Gutachter auf mögliche Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Situation hingewiesen (vgl. auch AB 80). Selbst wenn die gutachterlich attestierte Einschränkung von 30 % berücksichtigt würde, resultierte kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad.

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers kann auch insoweit nicht gefolgt werden, als er eine Prüfung der Überwindbarkeit nach der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen verlangt. Denn wie die Gutachter im MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2001 (AB 22) haben auch diejenigen des MEDAS-Gutachtens vom 5. Dezember 2012 (AB 73.1) nicht eine somatoforme Schmerzstörung, sondern vielmehr eine auf der Basis psychosozialer Umstände gewachsene depressive Störung diagnostiziert. Sie stellten lediglich die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung als Co-Diagnose zur rezidivierenden depressiven Störung (AB 73.1 S. 20). Die Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer depressiven Störung bzw. die Annahme einer ausnahmsweise fehlenden Überwindbarkeit folgt jedoch eigenständigen Grundsätzen (vgl. E. 2.1 hiervor).

## **4.2**

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

**4.2.2** Bei selbstständig Erwerbenden ist auf das zuletzt erzielte Einkommen dann nicht abzustellen, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Dasselbe gilt, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal die Betriebsgewinne in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise gering sind. Hat sich die versicherte Person hingegen über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1). 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). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

**4.4** Im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2002 (IV 61842,

E. 6.a [AB 39]) wurde beim Valideneinkommen im Sinne einer Schätzung von einem Einkommen von Fr. 50'000.-- ausgegangen (AB 39 S. 8). In erwerblicher Hinsicht ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer seit 1998 über Beschwerden klagt und aus einer (unberechtigten) subjektiven Krankheitsüberzeugung heraus die Arbeitsfähigkeit nicht mehr hinreichend verwertet (vgl. AB 4 S. 2, 47 S. 4). Insoweit ist es durchaus korrekt, wenn auf das im Jahr 1997 als Gesunder erzielte Einkommen von Fr. 50'700.-- abgestellt wird. Es ändert nichts daran, dass die Depressivität bereits längere Zeit vor dem tätlichen Angriff im Oktober ... bestanden haben soll (AB 39 S. 8, E. 6.a), denn es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die (psychosozial hervorgerufenen) Verstimmungszustände (Ehekrise etc.) im langjährigen Schnitt vor ... eine Einkommenseinbusse bewirkt hätten. Eine Parallelisierung zufolge Unterdurchschnittlichkeit ist hier nicht vorzunehmen: Der Beschwerdeführer erzielte damals freiwillig, d.h. aus invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Gründen, mit seiner selbstständigen Tätigkeit als ... ein unterdurchschnittliches Einkommen. Anzeichen dafür, dass er noch als Gesunder versucht hätte, ein höheres Einkommen zu erlangen, bestehen nicht (vgl. E. 4.2.2 hiervoor). Das Einkommen von Fr. 50'700.-- ist auf den Zeitpunkt der Neuanmeldung (2011) zu indexieren (Nominallohnindex Männer, 1993 – 2010 Bst. D und 2010 – 2013 Bst. C), was ein Valideneinkommen von Fr. 60'117.25 ergibt (Fr. 50'700.-- / 103,9 x 122,1 / 100 x 100,9).

**4.5** Bezüglich des Invalideneinkommens wurde bereits im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Oktober 2002 (IV 61842, E. 6.b) festgehalten, dass dem Beschwerdeführer eine unselbstständige Tätigkeit zumutbar ist (AB 39 S. 9); nicht zuletzt habe ein solcher Wechsel aufgrund des Grundsatzes der Schadenminderung zu erfolgen. Daran hat sich nichts geändert. Insoweit ist das hypothetische Invalideneinkommen auf der LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Männer, Total, von Fr. 4'901.-- zu berechnen. Es kann hier offen gelassen werden, ob das Invalideneinkommen letztlich nicht gar auf der Basis des spezifischeren (höheren) Werts für die Tätigkeit als ... (LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 3, Männer, Ziff. 24, Metallerzeugung und -bearbeitung) von Fr. 6'000.-- zu berechnen wäre (vgl. Beschwerdeantwort S. 3), da so oder anders kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultiert. Angepasst an die betriebsübliche wöchentli-

che Arbeitszeit, aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2011 sowie unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 70 % ergibt dies (im Minimum) ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 43'347.25 (Fr. 4'901.-- / 40 x 41,7 x 12 / 100 x 101 x 0,7).

**4.6** Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. dazu: BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) wäre nicht gerechtfertigt, da bereits mit der Berücksichtigung einer Einschränkung von 30 % und dem Abstellen auf das Anforderungsniveau 4 der LSE allen Umständen mehr als grosszügig Rechnung getragen wäre.

**4.7** Beim Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 60'117.25 mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 43'347.25 würde damit im besten Fall eine Einbusse von Fr. 16'770.-- bestehen, was einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 28 % ergäbe.

**4.8** Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. Dezember 2013 unter allen Titeln als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG), unter Vorbehalt der zu prüfenden unentgeltlichen Rechtspflege.

**5.2** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG). Unter den

gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Im vorliegenden Fall war das Verfahren gerade noch nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers hat als ausgewiesen zu gelten (Beschwerde S. 17, BB 6 ff.). Angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen war zudem eine anwaltliche Verbeiständung geboten. Dem Beschwerdeführer ist somit die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren unter Beiordnung von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

**5.3** Dementsprechend ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

**5.4** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**5.5** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 7. August 2014 macht Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ eine Parteientschädigung von Fr. 4'425.50 (Aufwand 16 Stunden à Fr. 250.--, somit Fr. 4'000.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 97.70 und MWSt. von

Fr. 327.80 [8 % auf Fr. 4'097.70]) geltend. Das amtliche Honorar beträgt somit Fr. 3'200.-- (16 Stunden à Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 97.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 263.80 (8 % auf Fr. 3'297.70), somit insgesamt Fr. 3'561.50 und ist Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers nach Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 113 VRPG.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'425.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'561.50 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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