

200 14 966 IV  
SCJ/SAW/JAA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 30. März 2015**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Winiger

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

Beschwerdeführer



gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 10. September 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 30. Januar 1997 unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] Vorakten 22). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht sprach ihm die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 2. September 1999 gestützt auf einen ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 50% ab dem 1. Februar 1998 eine halbe Rente zu (act. II 1).

Eine im Februar 2000 eingeleitete Revision von Amtes wegen ergab keine rentenbeeinflussenden Änderungen (act. II 2, 5).

Das am 26. November 2004 (act. II 10) vom Versicherten eingereichte Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente (IV-Rente) wies die IVB mit Verfügung vom 14. März 2005 ab (act. II 18) und sie hielt mit Einspracheentscheid vom 13. Mai 2005 (act. II 27) an ihrer Beurteilung fest. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 20. Mai 2005 (act. II 28) zog der Versicherte am 19. August 2005 zurück, woraufhin das Beschwerdeverfahren mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 22. August 2005, IV 65659, als erledigt vom Protokoll abgeschrieben wurde (act. II 32).

### **B.**

Mit Schreiben vom 1. Mai 2006 (act. II 35) meldete sich die Hausärztin, Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, bei der IVB und stellte sinngemäss ein Revisionsgesuch. Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und liess den Versicherten insbesondere durch die Dres. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH (vgl. gutachtlicher Bericht vom 22. September 2006, act. II 50), und D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 16. Oktober 2006, act. II 52),

interdisziplinär begutachten. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse stellte die IVB mit Vorbescheid vom 30. November 2006 bei einem ermittelten IV-Grad von 36% die Aufhebung der Rente in Aussicht. Nach durchgeführtem Anhörungsverfahren (vgl. Einwand vom 19. Januar 2007, act. II 62, und Einwandergänzung vom 12. Februar 2007, act. II 66) und weiteren Abklärungen teilte die IVB entgegen dem Vorbescheid am 4. Mai 2007 (act. II 69) mit, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige IV-Rente (IV-Grad von 50%) bestehe.

Eine im Februar 2009 eingeleitete Revision von Amtes wegen führte zu keinen rentenbeeinflussenden Veränderungen (act. II 80, 89).

### C.

Im Rahmen eines im Februar 2012 von Amtes wegen erneut eingeleiteten Revisionsverfahrens machte der Versicherte geltend, der Gesundheitszustand sei gleichgeblieben (act. II 93 S. 2 Ziff. 1.1). Wiederum klärte die IVB die medizinischen sowie erwerblichen Verhältnisse ab und ordnete dabei u.a. eine bidisziplinäre Beurteilung der Dres. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie (vgl. neurochirurgisches Gutachten vom 14. Dezember 2012, Akten der IVB [act. IIA] 116), und F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 26. September 2013, act. IIA 135.1, und bidisziplinäre Beurteilung vom 8. Oktober 2013, act. IIA 136) an. Gestützt auf die getätigten Abklärungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 20. November 2013 (act. IIA 145) die Weiterausrichtung der bisherigen IV-Rente (IV-Grad von 50%) in Aussicht und führte zur Begründung aus, bei der Überprüfung des IV-Grades seien keine rentenwirksamen Änderungen festgestellt worden. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und reichte am 16. Januar 2014 einen schriftlichen Einwand ein (act. IIA 148). Nachdem die IVB eine mündliche Anhörung durchgeführt (vgl. Anhörungsprotokoll vom 5. Februar 2014, act. IIA 151) und bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) eine Stellungnahme vom 29. August 2014

(act. IIA 157) eingeholt hatte, verfügte sie wie im Vorbescheid angekündigt (vgl. Verfügung vom 10. September 2014, act. IIA 158).

#### **D.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 10. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158). Mit Schreiben vom 15. Oktober 2014 ersuchte er zudem um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und reichte diesbezüglich verschiedene Beilagen (vgl. Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1 ff.) ein.

Mit Eingabe vom 19. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In der Stellungnahme vom 12. Dezember 2014 bestätigte der Beschwerdeführer das gestellte Rechtsbegehren und beantragte sinngemäss eine mündliche Anhörung.

#### **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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158), mit welcher die Ausrichtung einer halben IV-Rente bestätigt worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich

anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (sog. Foerster-Kriterien). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

**2.2.2** Eine Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, kommt nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine

Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Für die Bestimmung des IV-Grades 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** Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

**2.6** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.7** Um den IV-Grad 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).

### **3.**

**3.1** Nachfolgend ist vorab zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist bzw. ob ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. E. 2.5 hiervor). Da im Rahmen der von der Hausärztin eingeleiteten Revision im Mai 2006 (act. II 35) eine umfassende materielle Überprüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen wurde, ist vorliegend der Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilung vom 4. Mai 2007 (act. II 69) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158) zu vergleichen. Die im Februar 2009 von Amtes wegen eingeleitete Revision (act. II 80) ist dabei unbeachtlich, wurde doch bei dieser keine umfassende materielle Überprüfung vorgenommen (vgl. Mitteilung vom 1. Juli 2009, act. II 89; vgl. E. 2.6 hiervor).

**3.2** Die Mitteilung vom 4. Mai 2007 (act. II 69) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die interdisziplinäre Begutachtung der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ (vgl. gutachtlicher Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2006, act. II 50, und psychiatrisches Teilgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2006, act. II 52) sowie auf die Stellungnahme von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Dezember 2006 (act. II 62).

**3.2.1** In somatischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im gutachtlichen Bericht vom 22. September 2006 (act. II 50) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Leistenschmerzen beidseits und Knieschmerzen rechts (S. 11 Ziff. 4.1). In der Beurteilung legte sie dar, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei etwas vermindert, wobei weder ein Muskelhartspann noch eine

radikuläre Störung vorliege. Die radiologisch-neurologische Abklärung der LWS habe zudem flache Diskushernien L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression gezeigt. Für die Leisten-, Unterbauch- und Penisschmerzen finde sich momentan kein radiologisch-neurologisches Korrelat (S. 12 Bst. B) und auch die Abklärung der Knieschmerzen rechts sei ohne pathologisch-radiologischen Befund geblieben (S. 13). Die bisherige Tätigkeit ... sei ohne Gewichte tragen über 15 Kilogramm zu 75% zumutbar; eine belastendere Tätigkeit könne der Versicherte zu 50% ausführen (S. 14 Ziff. 4, S. 16 Bst. D). Bei einer angepassten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Gewichten über 12 Kilogramm und bei welcher die Stehdauer durch Bewegung aufgelockert und die Sitz- und Gehdauer von einer Stunde berücksichtigt werden könne, liege eine Arbeitsfähigkeit von 75% vor (S. 15 Ziff. 11, 13).

Aus psychiatrischer Sicht nannte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 16. Oktober 2006 (act. II 52) folgende Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Dysthymia (ICD-10 F34.1), finanzielle Probleme (ICD-10 Z59) und lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10 Z55; S. 6 Ziff. 4). Im Weiteren ergänzte er, im Jahre 1997 seien reaktive Verstimmungen festgestellt worden, die sich in den letzten Jahren etwas verstärkt hätten, jedoch nicht so stark ausgeprägt seien, dass sie den Kriterien für eine depressive Episode genügen würden. Vielmehr passe das Krankheitsbild zu einer Dysthymia, einer mild ausgeprägten Form der Depression. Ferner seien in den letzten Jahren die Schmerzen subjektiv unerträglich geworden. Die Rückenschmerzen seien stärker ausgeprägt und es zeige sich eine Schmerzausdehnung. Der Versicherte fixiere sich zudem auf seine Schmerzen und habe hypochondrische Befürchtungen. Dies seien die Symptome einer psychosomatischen Überlagerung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Zur Überwindbarkeit der Schmerzen erläuterte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, eine auffällige prämorbidie Persönlichkeitsstruktur liege nicht vor resp. es sei keine narzisstische Persönlichkeitsstörung nachweisbar, die psychiatrische Komorbidität halte sich in Grenzen, chronische körperliche Begleitkrankheiten fänden sich nicht und die soziale Integration sei nicht verloren gegangen. Zusammenfassend kam er zum Schluss, der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht kaum in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 6 f. Bst. B).

Interdisziplinär kamen die Gutachter zum Ergebnis, unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neurochirurgischen Befunde sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% für eine belastende Tätigkeit und von 75% für eine leichte Tätigkeit auszugehen (act. II 50 S. 16 Bst. D, 52 S. 9 Bst. D).

**3.2.2** In der Stellungnahme vom 21. Dezember 2006 (act. II 62 S. 4) nahm Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zur psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ Stellung. Dabei vertrat er die Ansicht, dass die Kriterien einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erfüllt seien und eine grosse Selbstwertstörung vorliege (S. 4 f.). Weiter ergänzte er, sein Patient sei durch die narzisstische Persönlichkeitsstörung in den Bewältigungsstrategien seiner Schmerzzustände stark eingeschränkt und könne sich aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur in einem üblichen Arbeitsumfeld nur schwer integrieren. Er sei daher nur in einem geschützten Arbeitsumfeld zu 50% arbeitsfähig (S. 6).

**3.3** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158) liegen insbesondere folgende Berichte zu Grunde:

**3.3.1** Im Verlaufsbericht vom 10. April 2012 (act. II 96) berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach anfänglich stabilem Verlauf mit nur wenig starken Schmerzschüben lumbal und wiederholt aufgetretenen Panikattacken mit thorakalen Beschwerden aktuell verschlechtert habe. Seit September 2011 liege ein lumboradikuläres Syndrom L5 links bei DH L4/5 vor, welches sich unter konservativer Behandlung gebessert habe, und seit Juni 2012 bestehe ein lumboradikuläres Syndrom S1 links (S. 1). Ferner gab sie an, nach Abklingen der Diskopathie sollte wieder ein 50%-iges Pensum in einer körperlich leichten, abwechslungsreichen und stressarmen Arbeit möglich sein (S. 3 Ziff. 2 f.).

**3.3.2** Im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. August 2012 (act. IIA 103) wurden diagnostisch Panikattacken (Panikstörung) und eine depressive Episode mittleren Grades genannt. Ab dem 18. Februar 2011 postulierte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 9 bis 12 Stunden pro Woche.

**3.3.3** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im neurochirurgischen Gutachten vom 14. Dezember 2012 (act. IIA 116) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und anamnestisch lumboischialgieformales Schmerzsyndrom beidseits (S. 27 Ziff. 4). Im Weiteren kam sie zum Ergebnis, dass die vom Versicherten berichteten schmerzbedingten Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ mit den objektivierbaren Befunden der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 7. Dezember 2012 erklärbar seien. Insgesamt ergebe sich bei mittlerer Bewegungseinschränkung der LWS, fehlenden Instabilitätszeichen, nach wie vor fehlenden neurologischen Ausfallerscheinungen und erfreulicherweise normalen bzw. unauffälligen Befunden der elektrophysiologischen Untersuchung vom 11. Dezember 2012 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes (S. 30). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. E. \_\_\_\_\_ an, die bisherige Tätigkeit sei noch zu 4.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 32 Ziff. 4 f.). Körperlich leichte, zeitweise körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 10% begrenzt) und wechselbelastende Tätigkeiten könne der Versicherte ebenfalls zu 4.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche ohne Leistungsverminderung ausführen. Ausgeschlossen seien dabei körperlich schwere, ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Arbeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Haltungs- und Positionsmonotonien oder Zwangshaltungen der LWS (insbesondere vornüber geneigte Tätigkeiten), Berufe mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS sowie Arbeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei zudem mit 10 Kilogramm limitiert (S. 33 Ziff. 11, 13 f.).

**3.3.4** Am 25. Februar 2013 (act. IIA 125) führte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, praktischer Arzt FMH, in seinem Arztbericht folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf: Anhaltende schwere depressive Störung (ICD-10 F32.1), seit mindestens 2006 in zunehmender Ausprägung, einen Morbus Scheuermann im Alter von 20 Jahren mit kontinuierlich zunehmenden schmerzbedingten Einschränkungen sowie Bandscheibenvorfälle mit vorübergehenden Sensibilitätsstörungen (S. 1 Ziff. 1.1). Zur bisherigen Tätigkeit führte er aus, sein Patient sei in der Mobilität extrem eingeschränkt und vermöge allenfalls sitzend täglich eine bis zwei Stunden

resp. pro Woche fünf bis acht Stunden zu arbeiten. Gegebenenfalls liege zudem eine verminderte Leistungsfähigkeit vor, wenn er schmerzbedingt seine Sitzposition nicht halten könne. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ca. zwei Stunden zumutbar. Vom 1. Januar 2011 bis zum 22. Februar 2013 attestierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

**3.3.5** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. September 2013 (act. IIA 135.1) kam Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum Ergebnis, diagnostisch lägen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine anamnestisch depressive Episode, akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vor. Zur Diagnostik präziserte er u.a., primär könne er die Diagnose einer Dysthymia bestätigen. Diesbezüglich habe er objektiv im Psychostatus mittelgradig beeinträchtigte Vitalgefühle, ein leicht bis mittelgradig herabgesetztes Antriebsverhalten, eine nivelliert wirkende, missgestimmte Grundstimmung und erhöhte affektive Irritierbarkeit festgestellt. Symptome oder Befunde für das Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Störung seien nicht vorhanden (S. 15 f. Ziff. 2). Neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe der Explorand in der Untersuchung auch prägnante Verhaltensweisen mit passivabhängigen, asthenischen, ängstlich-vermeidenden Elementen gezeigt, die aber nicht dem Ausmass einer Persönlichkeitsstörung entsprächen, sondern als akzentuierte Persönlichkeitszüge zu interpretieren seien (S. 16 f.). Das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung – wie von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ diagnostiziert – konnte er nicht bestätigen (S. 18). Insgesamt kam Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse im Vergleich zu den psychiatrischen Darlegungen in den Akten bei infaustem Verlauf eine Verschlimmerung der früher beschriebenen Psychopathologie festgestellt werden könne, wobei bezüglich der Dysthymia und der somatoformen Schmerzstörung insbesondere die Ausprägung der Beeinträchtigungen stärker ausfalle (S. 17 Ziff. 3). Vertieft vorhanden seien zudem die von Dr. D.\_\_\_\_\_ genannten „schwierigen Verhaltensweisen“, die heute als verstärkt akzentuierte Persönlichkeitszüge einer komorbiden Symptomatik mit Krankheitswert entsprächen (S. 18). Die bisherige Arbeit ..., die auch einer angepassten Tätigkeit entspreche, könne der Versicherte in

einem Pensum von 3.4 Stunden pro Tag an fünf Wochentagen ohne zusätzliche Leistungsminderung ausführen (S. 21 Ziff. 4 f., S. 23 Ziff. 13 f.). Bei einer angepassten Tätigkeit seien ferner Stress, Hektik sowie Schicht- und Nacharbeit zu vermeiden und die üblichen Arbeitspausen einzuhalten. Emotionale Belastungen seien nicht zumutbar (S. 22 Ziff. 12).

**3.3.6** In der bidisziplinären Beurteilung vom 8. Oktober 2013 führten die Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ (act. IIA 136) aus, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch jede den Beeinträchtigungen angepasste Arbeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 3.4 Stunden pro Tag an fünf Wochentagen ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich dabei keine Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil. In somatischer Hinsicht wiesen sie auf das neurochirurgische Zumutbarkeitsprofil hin (S. 4; vgl. dazu auch act. IIA 116 S. 33 Ziff. 11).

**3.3.7** Im Schreiben vom Juli 2014 (undatiert, act. IIA 154) nahm Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zur psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ Stellung. Dabei konnte er insbesondere nicht nachvollziehen, weshalb Dr. med. F.\_\_\_\_\_ keine mittelschwere bis schwere depressive Störung, sondern eine Dysthymia diagnostizierte (S. 2). Vorliegend bestehe eine eindeutige Komorbidität im Sinne einer chronifizierten lumbovertebralen Schmerzsymptomatik mit somatischem Korrelat und eine chronische depressive Entwicklung mit zunehmenden Einschränkungen der Alltagsbewältigung und intermittierender gänzlicher Arbeitsunfähigkeit sowie eine durch die Symptome bedingte Abhängigkeit in der Lebensführung (S. 3). Entgegen den Gutachtern bestehe nicht eine Restarbeitsfähigkeit von höchstens 40%, sondern eine solche in der Höhe von 20% bis 30% (S. 4).

**3.3.8** Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ teilte in seiner Stellungnahme vom 29. August 2014 mit (act. IIA 157), Dr. med. K.\_\_\_\_\_ habe in seinem Schreiben vom Juli 2014 keine neuen medizinischen Gesichtspunkte angeführt. Seine Aussage, in der er unverändert an seinen Vordiagnosen und einer dadurch begründeten niedrigeren Arbeitsfähigkeit des Versicherten festhalte, stelle somit einzig eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts dar. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med.

F.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ sei insbesondere umfassend und nachvollziehbar, weshalb auf dieses abgestellt werden könne (S. 3).

**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 Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158) massgeblich auf die bidisziplinäre Beurteilung vom 8. Oktober 2013 (act. IIA 136) resp. auf das neurochirurgische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2012 (act. IIA 116) und auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2013 (act. IIA 135.1) gestützt. Die in den Gutachten jeweils enthaltenen Feststellungen beruhen auf allseitigen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Im Weiteren diskutierten die Gutachter sowohl IV-fremde Faktoren wie auch Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezo-

genen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Die Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ erfüllen damit die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb diesen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auf diese kann daher abgestellt werden.

**3.5.1** Die Fachärztin für Neurochirurgie, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, hat im Gutachten vom 14. Dezember 2012 (act. IIA 116) einlässlich und nachvollziehbar dargelegt, dass auch wenn – im Vergleich mit der Voruntersuchung vom September 2006 – eine Befundprogredienz besteht, sie trotz mittlerer Bewegungseinschränkung der LWS, bei jedoch fehlenden Instabilitätszeichen, nach wie vor fehlenden neurologischen Ausfallerscheinungen und erfreulicherweise normalen bzw. unauffälligen Befunden der elektrophysiologischen Untersuchung insgesamt keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen konnte (act. IIA 116 S. 30). Diese Beurteilung steht im Einklang mit dem Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 10. April 2012 (act. II 96), wird durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gestützt (vgl. Stellungnahme vom 29. August 2014, act. IIA 157 S. 3) und vom Beschwerdeführer denn auch nicht beanstandet.

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist festzuhalten, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowohl betreffend die bisherige Arbeit als auch in einer angepassten Tätigkeit ein Pensum von 4.5 Stunden pro Tag an fünf Wochentagen ohne verminderte Leistungsfähigkeit postulierte, mithin eine Arbeitsfähigkeit von 53% (bei einem vollen Pensum von 8.5 Stunden pro Tag) attestierte (act. IIA 116 S. 32 f. Ziff. 4 f., 13 f.). Demgegenüber erachtete Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im gutachtlichen Bericht vom 22. September 2006 die bisherige Tätigkeit ... sowie eine den Beeinträchtigungen angepasste Arbeit zu 75% als zumutbar (act. II 50 S. 14 f. Ziff. 4, 6, 13). Da es sich dabei einzig um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts handelt, ist diese Diskrepanz revisionsrechtlich unerheblich (vgl. E. 2.5 hiervor).

Aus dem Dargelegten folgt, dass bezüglich der Rückenbeschwerden von einem – im Vergleich zur Situation im Mai 2007 (vgl. E. 3.1 hiervor) – un-

veränderten Zustand auszugehen ist. Weitere somatische Beeinträchtigungen, welche im massgebenden Zeitraum neu dazugekommen wären und den Gesundheitszustand in einem relevanten Masse beeinflussen würden, werden nicht geltend gemacht und ergeben sich auch nicht aufgrund der Akten. Folglich ist aus somatischer Sicht kein Revisionsgrund erstellt (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.5.2** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. September 2013 (act. IIA 135.1) hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_ schlüssig und plausibel begründet, dass in diagnostischer bzw. psychiatrischer Hinsicht eine Dysthymia, anamnestisch depressive Episoden, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine somatoforme Schmerzstörung vorliegen (act. IIA 135.1 S. 15 ff. Ziff. 2). Dabei nahm er u.a. auch Stellung zum Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2006 (act. II 62) und legte unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2006 (act. II 52 S. 6 f.) nachvollziehbar dar, dass die Kriterien einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sind (act. IIA 135.1 S. 18). Gestützt auf seine Untersuchungsergebnisse kam er im Weiteren zum Ergebnis, dass im Vergleich zu den psychiatrischen Darlegungen in den Akten bei infaustem Verlauf eine Verschlimmerung der früher beschriebenen Psychopathologie festgestellt werden könne (act. IIA 135.1 S. 17 Ziff. 3) und gab an, die bisherige Tätigkeit, die auch einer angepassten Arbeit entspreche, sei zu 3.4 Stunden pro Tag an fünf Wochentagen ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar (act. IIA 135.1 S. 21 Ziff. 4 f., S. 23 Ziff. 13 f.).

Im Vergleich zu den Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 16. Oktober 2006 fällt auf, dass dieser grundsätzlich vergleichbare Diagnosen festgehalten hat, indessen jedoch kaum eine resp. keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte (act. II 52 S. 6 ff. Ziff. 4 und Bst. B.). Ob Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bloss einen im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalt anders gewürdigt hat oder ob die Zunahme der Arbeitsunfähigkeit auf eine Verschlechterung der psychischen Situation schliessen lässt, kann letztlich offen bleiben, da ein Revisionsgrund so oder anders zu verneinen ist. Denn die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Dysthymia ist nicht invalidisierend (E. 2.2.2 hiervor), während die somatoforme Schmerzstörung gemäss der bundes-

gerichtlichen Rechtsprechung unter den Begriff der unklaren Beschwerdebilder fällt und nur dann zu einer Invalidität führt, wenn sie nicht mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar ist (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Dabei gilt festzuhalten, dass vorliegend – entgegen den Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (act. IIA 135.1 S. 23 Bst. D) – weder eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliegt noch die weiteren Kriterien (Foerster-Kriterien) in der geforderten Intensität und Konstanz bejaht werden können (E. 2.2.1 hiervor). So ist den Akten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer sozial nicht umfassend zurückgezogen hat, sondern seit Juni 2008 wieder zu 50% arbeitet und ein guter Kontakt zu zwei Mitarbeitern und seiner Tochter besteht (act. IIA 135.1 S. 10, 12). Sein mehrjähriger Krankheitsverlauf in psychischer Hinsicht ist – sofern ein solcher überhaupt in einem ausschlaggebenden Masse besteht – weder unverändert noch progredient und es liegen denn auch keine unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen vor, zumal von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ explizit Verbesserungsmöglichkeiten und Behandlungsoptionen ausgeführt wurden (act. IIA 135.1 S. 20 Ziff. 5). Anhaltspunkte, die einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) eindeutig bestätigen würden, bestehen zudem ebenfalls nicht. Wegen den langjährigen Rückenschmerzen ist daher einzig das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung zu bejahen, wobei auch diesbezüglich fraglich ist, ob dieses, da der Beschwerdeführer immerhin zu 50% arbeiten kann, in genügender Ausprägung vorliegt. Folglich sind die Foerster-Kriterien nicht mehrheitlich zu bejahen resp. liegen sie nicht in ausschlaggebendem Masse vor, um ausnahmsweise den Schluss auf eine fehlende Überwindbarkeit der Schmerzstörung zuzulassen.

Im Weiteren gilt darauf hinzuweisen, dass die Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als sogenannte „Z-Diagnose“ keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung begründen kann (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2012, 9C\_437/2012, E. 3.3) und damit ebenso unbeachtlich ist wie die anamnestisch resp. aktuell nicht mehr vorhandenen depressiven Episoden.

Die von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit ist demnach rechtlich nicht zu berücksichtigen. Da somit aus psychiatrischer Sicht keine ausschlaggebende Veränderung seit den Verhältnissen im Mai 2007 (vgl. E. 3.1 hiervor) ausgewiesen ist, ist auch diesbezüglich kein Revisionsgrund erstellt.

**3.5.3** An diesen Ergebnissen vermögen die Berichte von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2013 (act. IIA 125) und vom Juli 2014 (act. IIA 154), wonach der Beschwerdeführer aufgrund der Rückenbeschwerden extrem (act. IIA 125 S. 3 Ziff. 1.7) resp. stärker als von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ angenommen (act. IIA 154 S. 2, 4) in der Mobilität eingeschränkt sei und eine anhaltende schwere depressive Störung vorliege, nichts zu ändern. Vielmehr ist – wie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ einleuchtend dargelegt (act. IIA 135.1 S. 18 f.) – davon auszugehen, dass zwar retrospektiv zeitweise stärkere somatische Beschwerden bestanden haben (vgl. Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 10. April 2012, act. II 96) resp. eine phasenweise stärker ausgeprägte depressive Symptomatik vorlag (vgl. Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 31. August 2012, act. IIA 103), es sich dabei jedoch nur um vorübergehende Verschlechterungen und nicht um eine anhaltende Veränderung gehandelt hat. Im Weiteren legte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 29. August 2014 (act. IIA 157 S. 3) nachvollziehbar und plausibel dar, dass Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Bericht vom Juli 2014 keine neuen medizinischen Gesichtspunkte vorgebracht hat, weshalb es sich bei seiner Beurteilung einzig um eine andere Sachverhaltseinschätzung handelt.

**3.6** Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) keine wesentliche Veränderung bzw. Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist. Angesichts dieses klaren Beweisergebnisses erübrigen sich weitere Abklärungen resp. kann auf die vom Beschwerdeführer in der Eingabe vom 12. Dezember 2014 sinngemäss beantragte mündliche Anhörung verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Da zudem keine Hinweise für eine Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse ersichtlich sind, erü-

bringt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs. Es besteht daher weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 10. September 2014 (act. IIA 158) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit unbegründet und 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss).

**5.3** 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; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Aufgrund der Ausführungen in der Eingabe des Beschwerdeführers vom 15. Oktober 2014 sowie gestützt auf die damit eingereichten Akten (act. IA 1 ff.) ist die Prozessbedürftigkeit ausgewiesen. Zudem kann das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet

werden. Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sind demnach erfüllt, womit das entsprechende Gesuch gutzuheissen ist. Folglich ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien (Art. 113 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege 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. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern (unter Beilage der Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2014)
  - 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.