

200 14 977 IV
KOJ/IMD/JAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. April 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. September 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2008 erstmals zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) an. Zur Art der Behinderung gab er an, er leide seit ca. dem 40. Lebensjahr an zunehmenden Depressionen sowie starken Schlafstörungen und habe im April 2007 ein Burn-Out (Zusammenbruch bei der Arbeit) erlitten (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, namentlich veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 20. März 2009 [AB 28]), und liess sie den Regionalen Ärztlichen Dienst BE/FR/SO (RAD), Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung nehmen (Bericht vom 25. November 2009 [AB 40]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 51, 52) verneinte sie mit Verfügung vom 26. August 2010 (AB 54) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 15 %. Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 55 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 28. März 2011, IV/10/1028, ab (AB 60).

B.

Im Mai 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erneut zum Leistungsbezug bei der IVB an (AB 65). Die IVB legte die vom Versicherten neu eingereichten medizinischen Unterlagen (AB 71) dem RAD-Arzt Dr. med. C._____ vor, welcher eine Begutachtung in einer MEDAS empfahl (AB 74, 92). Gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 19. Juni 2014 (AB 101.1 - 101.4) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 1. Juli 2014 (AB 103) die erneute Abweisung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von wiederum 15 % in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden

(AB 106) und Stellungnahme des RAD (AB 110, 111) verfügte die IVB am 15. September 2014 (AB 112) wie im Vorbescheid vorgesehen.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Oktober 2014 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Er macht im Wesentlichen geltend, seine gesundheitliche Situation sei schlechter als im MEDAS-Gutachten dargestellt. Aufgrund seiner Beeinträchtigungen sei ihm eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr möglich. Mit Eingabe vom 14. November 2014 ersucht er zudem um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Dezember 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 19. Dezember 2014 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 15. September 2014 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente 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.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens

einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

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

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

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 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).

2.6 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2014 (AB 112) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 26. August 2010 (AB 54) und der Verfügung vom 15. September 2014 (AB 112) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 26. August 2010 (AB 54) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrisch-psychotherapeu-

tischen Gutachten von Dr. med. B. _____ vom 20. März 2009 (AB 28) sowie der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ vom 25. November 2009 (AB 40).

3.2.1 Dr. med. B. _____ diagnostizierte eine anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4; AB 28 S. 7). Es bestehe keine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. Eine solche habe von April 2007 bis März 2008 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestanden und zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50% geführt. Überwiegend wahrscheinlich sei wegen der Schlafstörungen von keiner Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, nachdem diese bereits seit 20 bis 25 Jahren bestünden und der Versicherte bis April 2007 zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, bzw. diese könnten als überwindbar gelten. Zur Stabilisierung des Zustandsbildes und zur Vermeidung von Rückfällen sollte erneut eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begonnen werden. Was die Schmerzen im rechten (richtig: linken) Handgelenk angehe, müsse eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund dieser somatischen Beschwerden fachärztlich abgeklärt werden (AB 28 S. 9).

3.2.2 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ kam in Würdigung der medizinischen Aktenlage zum Schluss, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung der eingeschränkten Belastbarkeit des linken Handgelenks zumutbar sei. Es sei fraglich, ob der Versicherte die vorhandene Restarbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit besser verwerten könnte, was nur bei Tätigkeiten der Fall wäre, welche das linke Handgelenk nicht belasteten, d.h. es käme keine rein körperliche Arbeit in Frage. Er könne als gelernter ... seine linke Hand nicht voll einsetzen; für wechselbelastende Tätigkeiten mit Heben/Tragen bis 15 kg bestehe volle Arbeitsfähigkeit, ein Beginn mit einem zeitlichen Pensum von 50% sei angezeigt. Psychiatrisch bestünden keine Einschränkungen (seit März 2008); die nichtorganische Insomnie sei als nicht objektivierbar bzw. als überwindbar erachtet und eine Erschöpfungsdepression ausgeschlossen worden (AB 40 S. 4).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 26. August 2010 (AB 54) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, führte im Bericht vom 25. Oktober 2012 (AB 71 S. 5 f.) aus, der Patient zeige ein vollständiges lokal lumbales Schmerzsyndrom bei beginnender Degeneration L3/4, L4/5 und L5/S1 mit Osteochondrose und Diskopathie. Die abstrahlenden Schmerzen vor allem ins linke Bein könnten durch die leichte Protrusion L3/4 erklärt werden, welche zu einer möglichen fluktuierenden Reizung L4 führen könnte. Auf Grund der doch nur seltenen Schmerzmittelaufnahme sei aktuell aus chirurgischer Sicht kein Behandlungsbedarf gegeben. Es bestehe sicherlich eine deutliche Verlagerung durch die angespannte soziale Situation mit IV-Antrag und zusätzlicher psychiatrischer Problematik.

3.3.2 Im Bericht vom 24. Juni 2013 (AB 76 S. 6 f.) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit intermittierender Ischialgie links bei erosiver Osteochondrose L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie einen Status nach Burnout 2007 und eine schwere Depression (in psychiatrischer Behandlung seit 2007). Der Patient berichte über eine leichte Verschlechterung der tieflumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung nach paravertebral beidseits linksbetont sowie intermittierend in das linke Bein. Die Ischialgie linksseitig sei pseudo-radikulären Ursprungs.

3.3.3 Aus dem Bericht vom 27. Juni 2013 (AB 71 S. 3) von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, geht hervor, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe, dies insbesondere seit August 2010, als er von der IV einen abschlägigen Bescheid erhalten habe. Nebst der Verschlechterung der psychischen Symptomatik (vermehrte Stimmungsschwankungen im grundsätzlich mittelgradigen depressiven Affekt mit u.a. Antriebsstörung, Schlafstörung und Suizidalität) zeige sich ein zunehmender psychosozial bedingter Rückzug. Die antidepressive Behandlung zeige keinen wesentlichen Effekt. Es handle sich um ein therapieresistentes depressives Syn-

drom mit ausgeprägter Vitalsymptomatik und mittelgradiger Ausprägung. In der Zwischenzeit habe sich auch die Rückenproblematik verschlechtert.

Im Bericht vom 27. Oktober 2013 (AB 90) diagnostizierte Dr. med. F. _____ eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit Vitalsymptomatik (ICD-10: F32.01, F32.11) bei anhaltender affektiver Störung (ICD-10: F34). Die depressive Episode überlagere aktuell die anhaltende affektive Störung. Diese bestünden seit Monaten (depressive Episode) und seit Jahren (anhaltende affektive Störung). Daneben lägen akzentuierte zwanghafte Persönlichkeitszüge vor. Der Patient sei seit Jahren nach einem Zusammenbruch 2007 anhaltend deprimiert und leicht bis mittelgradig depressiv mit zeitweise überlagernden und stärker ausgeprägten depressiven Episoden. Es bestehe eine chronische Schlafstörung sowie eine anhaltende Antriebsstörung. Der chronische Verlauf zeige wenig Variationen. Der Patient habe sich zunehmend aus der Gesellschaft zurückgezogen und pflege keine sozialen Kontakte mehr. Er lebe bei seiner wesentlich älteren Freundin und sei resignierend nicht mehr in der Lage, etwas zur Linderung seiner Leiden zu unternehmen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Jahren.

3.3.4 Im MEDAS-Gutachten vom 19. Juni 2014 (AB 101.1 - 101.4) finden sich die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 101.1 S. 27):

- Chronifiziertes lumbovertebrales/paralumbales rechts betontes Schmerzsyndrom mit/bei
- verminderter Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen ab LWK 3
 - klinisch:
 - gute Beweglichkeit der LWS mit Reklinationsschmerz
 - kein sensomotorisches radikuläres Defizit
 - kein Nervendehnungsschmerz
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - leichte Fehlhaltung
 - chronisch-erosive Osteochondrose L3 bis S1
 - dorsomediane Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression
 - Diskusbulging L5/S1 links lateral mit Wurzelkontakt L5 foraminale/extra-foraminal
 - Diskushernie L1/2 paramedian ohne Neurokompression
 - scharf begrenzte ISG-Fugen
 - Mikroinstabilität L3/4

Aus psychiatrischer Sicht habe sich beim Versicherten aus den anamnestischen Angaben zusammenfassend eine glaubhaft dargestellte Neigung zum Grübeln und zu depressiven Gedanken ergeben. In der Vergangenheit seien durchaus leichte bis mittelschwere depressive Episoden möglich gewesen. Der Versicherte habe auch leichte Auffälligkeiten der Persönlichkeit gezeigt, welche jedoch gegenwärtig keinen Krankheitswert besässen (ICD-10: Z73.1). Eine relevante somatoforme Störung liege nicht vor. Die sogenannten Foerster-Kriterien wären auch nicht erfüllt. Unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen psychiatrischen Untersuchung ergebe sich kein Hinweis auf eine aktuell noch bestehende bedeutsame psychiatrische Störung. Übereinstimmend mit dem Gutachter Dr. med. B._____ (Gutachten vom 20. März 2009) sei jedoch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), plausibel. Auch gegenwärtig könnten keine Symptome einer relevanten depressiven Störung nachgewiesen werden. Die vom behandelnden Psychiater berichtete Verschlechterung der psychischen Symptomatik mit Antriebsschwäche, Schlafstörungen und suizidalen Gedanken sowie einem mittelgradigen depressiven Affekt scheine auf psychosozialen und wirtschaftlichen Faktoren zu beruhen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aufgrund des Fehlens einer relevanten affektiven Störung resp. einer versicherungsmedizinisch relevanten Persönlichkeitsauffälligkeit resp. eines kognitiven Defizits in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit in vollem Umfang nachzugehen (AB 101.1 S. 23 f.).

Der orthopädische Gutachter attestierte eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen ab Lendenwirbelkörper drei ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit. Die vorgelegten Beschwerden fänden klinisch wie auch radiologisch ihr Korrelat. Anhand der erhobenen Untersuchungsbefunde sei der Versicherte für mittelschwere und schwere Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, ständigen Zwangshaltungen und auch über Kopf verrichtet werden müssten, nicht mehr geeignet. Somit ergebe sich kein Arbeitsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe für körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, die

bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet werden könnten, ab sofort ein volles Arbeitsvermögen (AB 101.1 S. 35).

Aus internistischer Sicht sei auch in der retrospektiven Bewertung und unter Bezugnahme auf die Aktenlage keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar (AB 101.1 S. 39).

Die Neurochirurgin führte aus, für die vom Versicherten seit Jahren empfundenen lumbalen Schmerzen – seit zwei Monaten mit Schmerzen paralumbal rechts kombiniert – hätten sich in der neurologischen Untersuchung bzw. der radiologisch/neuroradiologischen Abklärung kein erklärendes Korrelat finden lassen. Wohl lägen degenerative Veränderungen – vor allem der drei unteren lumbalen Segmente und eine Mikroinstabilität L3/4 – vor, nicht jedoch eine Wurzelkompression, für welche zurzeit ein entsprechendes Schmerzbild fehle, und kein auf ein schwerwiegendes Wirbelsäulenleiden hinweisender neurologischer Untersuchungsbefund. Der Mikroinstabilität L3/4 komme betreffend Ausübung einer leichten beruflichen Tätigkeit keine Bedeutung zu. Für eine Affektion der Iliosakralgelenke liege aktuell weder ein radiologischer Befund vor noch lasse sich der Schmerz während der Untersuchung auslösen (AB 101.3 S. 8 f.). Sollte der Versicherte als ... schwere ... und andere schwere Gewichte wiederholt tragen müssen, müsste von einer Arbeitsunfähigkeit für diese Tätigkeit ausgegangen werden. Könnte das Transportieren schwerer Gewichte in diesem Beruf vermieden werden, wäre die Arbeit uneingeschränkt zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von acht bis zehn Kilo ohne Reklinationshaltung bzw. Überkopfarbeiten wäre uneingeschränkt zumutbar (AB 101.3 S. 10).

Im Rahmen der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter aus, zusammenfassend ergebe sich für die angestammte Tätigkeit als ... vorrangig aufgrund der reduzierten Rückenbelastbarkeit eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit, allenfalls wären aber Anpassungen des Arbeitsplatzes mit Limitierung auf leichte Tätigkeiten denkbar. Für ideal angepasste Arbeitstätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes besthe aber aus Sicht aller Gutachter eine vollständige Arbeitsfähigkeit (AB 101.1 S. 27). Eine ideal angepasste Tätigkeit sei körperlich leicht, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet werden könne. Zu ver-

meiden seien Reklinationshaltung bzw. Überkopfarbeiten. Zumutbar seien einfache, wenig anspruchsvolle berufliche Tätigkeiten, möglichst ohne Akkordarbeit und unter günstigen sozialen Voraussetzungen (AB 101.1 S. 28).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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 Beweismündigung 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 Beweismündigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismündigung 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).

3.5 Das interdisziplinäre Gutachten vom 19. Juni 2014 (AB 101.1 - 101.3) erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten (vgl. E. 3.4 hier vor): Die gestellten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar begründet und leuchten ein. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt, beruht auf allseitigen interdisziplinären Untersuchungen bzw. Abklärungen in den Fachrichtungen Orthopädie, Psychiatrie, Innere Medizin sowie Neurochirurgie und ist für die streitigen Belange umfassend. Die geklagten Beschwerden wurden wiedergegeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers bzw. der ihn behandelnden Ärzte nichts zu ändern.

3.5.1 Der Beschwerdeführer beruft sich vorab auf die Angaben seines behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____. Soweit dieser eine seit dem Jahr 2007 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. AB 90, 106 S. 5), steht dies in offensichtlichem Widerspruch zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. August 2010 (AB 54) und dem VGE IV/10/1028 (AB 60), mit welchen jedenfalls bis August 2010 eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint wurde. Bezüglich der von Dr. med. F._____ im Schreiben vom 27. November 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 11) postulierten Verdachtsdiagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1) ist festzuhalten, dass damit erstmals während des Beschwerdeverfahrens eine Persönlichkeitsstörung erwähnt wird. Dr. med. F._____ ging bis anhin vielmehr von akzentuierten zwanghaften Persönlichkeitszügen aus (Bericht vom 27. Oktober 2013 [AB 90]), was in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Gutachter steht, der von leichten Auffälligkeiten der Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1) spricht, welchen jedoch kein Krankheitswert zukomme (AB 101.1 S. 23). Inwiefern sich

in der Zwischenzeit eine Persönlichkeitsstörung entwickelt haben soll, wird von Dr. med. F. _____ denn auch nicht begründet. Diesbezüglich ist im Weiteren auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Auf die Angaben von Dr. med. F. _____ kann dementsprechend nicht abgestellt werden.

3.5.2 Das Gutachten vom 19. Juni 2014 überzeugt auch in somatischer Hinsicht. Der von Dr. med. G. _____, Facharzt für Anästhesie und Schmerztherapie FMH, geäusserten Kritik (Berichte vom 14. August 2014 [AB 106 S. 3 f.] und 25. Juli 2014 [BB 12]), wonach das Zumutbarkeitsprofil aufgrund der Rückenproblematik eingeschränkter sei als von den Gutachtern beschrieben, ist entgegenzuhalten, dass weder er selber noch andere Fachärzte somatischer Richtung dem Beschwerdeführer explizit eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert haben. Im Gegenteil wurde aus orthopädischer bzw. chiropraktischer Sicht teilweise sogar auf eine uneingeschränkte Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit hingewiesen (AB 76 S 4; 89 S. 4). Der erste Punkt seiner Kritik bezieht sich sodann nur auf mittelschwere und schwere Tätigkeiten und lässt ausser Acht, dass angepasste leichte Tätigkeiten zumutbar sind, wobei seitens der Gutachter keine widersprüchlichen Einschränkungen betreffend Bücken bzw. Reklination formuliert werden. Zur angeblich ungenügenden Berücksichtigung der psychiatrischen Problematik ist auf den fehlenden diesbezüglichen Facharztstitel von Dr. med. G. _____ hinzuweisen, was im Übrigen auch für die orthopädische bzw. neurochirurgische Problematik gilt. Wenn er sodann moniert, es seien weitere Einschränkungen zu berücksichtigen, schmälert diese unterschiedliche Einschätzung den Beweiswert des Gutachtens nicht. Die von den Gutachtern vorzunehmende Definition des Zumutbarkeitsprofils weist notwendiger-

gerweise Ermessenszüge auf und ist vorliegend mit den übrigen medizinischen Akten ohne weiteres vereinbar. Die Schlüsse der Gutachter sowie das von diesen formulierte Zumutbarkeitsprofil werden schliesslich auch von den RAD-Fachärzten ausdrücklich bestätigt (AB 110, 111).

3.6 Nach dem Gesagten hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgebenden Vergleichszeitraum dahingehend verändert, als nunmehr eine Rückenproblematik mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. Dementsprechend ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.6 hiavor). Gestützt auf das vorstehend wiedergegebene Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3.4 hiavor) ist im Anschluss die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2 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 Gesundheits-

schadens 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).

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 pflichtgemäsem 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).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich dergestalt vorgenommen, als sie das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage des gleichen Tabellenlohns gemäss LSE, Totalwert, Anforderungsniveau 4, bestimmt hat. Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer einerseits keine Berufsausbildung mit Fähigkeitszeugnis abgeschlossen hat (AB 65 S. 4 Ziff. 5.3) und andererseits seit dem Jahr 2007 nicht mehr erwerbstätig ist (AB 65 S. 3 Ziff. 4.4), nicht zu beanstanden. Ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass gibt der gewährte leidensbedingte Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 15 %. Den sich aus dem Zumutbarkeitsprofil ergebenden Einschränkungen hat die Beschwerdegegnerin damit hinreichend Rechnung getragen. Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 15 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 0 %) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier 15 %) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen

aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (Urteil des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Damit besteht kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiavor) und die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen. Die angefochtene Verfügung vom 15. September 2014 (AB 112) erweist sich somit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

5.

5.1 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. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. 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.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.

