

200 15 1085 IV
KNB/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Mai 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. November 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2011 unter Hinweis auf unfallbedingte „Unsicherheiten bei Arbeiten auf ... und ...“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, holte insbesondere die Akten der B._____; AB 13.1 - 13.29 sowie eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (AB 20) und sprach dem Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 21) mit Verfügung vom 16. November 2011 (AB 23) ab dem 1. November 2011 eine halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % zu. Mit Mitteilung vom 22. August 2012 (AB 34) bestätigte sie den bisherigen Rentenanspruch.

B.

Mit Gesuch vom 9. Februar 2015 (AB 39) beantragte der Versicherte unter Angabe einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eine Rentenerhöhung. Nach medizinischen Abklärungen und gestützt auf eine Stellungnahme des RAD vom 2. September 2015 (AB 55) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. September 2015 (AB 58) die Abweisung seines Revisionsgesuches mangels gesundheitlicher Verschlechterung in Aussicht. Am 10. November 2015 verfügte sie wie angekündigt (AB 59).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. Dezember 2015 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur erneuten medizinischen Abklärung an

die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Er rügt im Wesentlichen, die Beschwerdegegnerin habe seinen Gesundheitszustand nicht vollumfänglich sondern lediglich hinsichtlich der Unfallfolgen abgeklärt.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie macht geltend, die RAD-Einschätzung beziehe sich auch auf die geklagten krankheitsbedingten Einschränkungen. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer während Jahren nicht in ärztlicher Behandlung gewesen, was nicht für eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spreche.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. November 2015 (AB 59). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdefüh-

rers und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin dessen Gesuch um Erhöhung der bisherigen Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat.

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 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.

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

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.6 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.7 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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).

2.7.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.7.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.7.3 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).

3.

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Verweigerung einer Rentenerhöhung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 16. November 2011 (AB 23) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2015 (AB 59) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7.1 hiervor). Die Bestätigung der laufenden Rente mittels Mitteilung vom 22. August 2012 (AB 34) ist vorliegend unbeachtlich, da dieser keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 2.7.3 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.7.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 16. November 2011 (AB 23) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den folgenden Unterlagen:

3.2.1 Dem Bericht vom 15. Dezember 2010 (AB 13.4 S. 3 ff.) bezüglich einer vom B. _____-Kreisarzt empfohlenen neuropsychologischen Abklärung sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen:

- Motorradunfall (05/90)
- Schädel-Hirntrauma mit multi-fokalen cerebralen Kontusionen temporal beidseits, Subduralhämatom links parietal und Pyramidenfraktur rechts ohne Otoliquorrhoe
- kombinierte Schwerhörigkeit rechts entsprechend einer praktisch vollständigen Taubheit sowie einer vestibulären Funktionsstörung
- Winter 91/92 erstmalige posttraumatische epileptische Anfälle.

Wie bei der Erstuntersuchung im Jahr 1991 würden sich erhebliche Defizite in mehreren neuropsychologischen Funktionsbereichen zeigen. Aktuell hätten nebst den mittelschweren bis schweren Defiziten im Bereich der mnestischen Funktionen mittelschwere Leistungseinbussen in den Exekutivfunktionen objektiviert werden können. Die Dauerbelastbarkeit sei reduziert. Die Befunde seien mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung als Folge des 1991 erlittenen Schädel-Hirntraumas vereinbar. Es gäbe keine Hinweise für eine reaktive psychi-

sche Problematik oder psycho-soziale Faktoren, welche die kognitive Leistung negativ beeinflussen würden.

Der Versicherte arbeite seit über 30 Jahren in derselben Firma, die Arbeitsabläufe seien ihm bestens vertraut, weshalb er bis heute trotz der leichten bis mittelschweren Hirnfunktionsstörung seine Leistung am Arbeitsplatz habe erbringen können. Die zunehmende erhöhte Ermüdbarkeit sei aber mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Hinweis dafür, dass der Versicherte über seine Belastungsgrenze funktioniert habe. Um eine Dekompensation zu verhindern, werde empfohlen, das Arbeitspensum zu reduzieren.

3.2.2 Gestützt auf den Bericht vom 15. Dezember 2010 (AB 13.4 S. 3 ff.) betreffend der neuropsychologischen Abklärung empfahl Dr. med. C. _____ im Bericht vom 11. Januar 2011 (AB 13.4 S. 1 f.), das Arbeitspensum von den bisherigen 70 % auf 50 % mit einer ganztägigen Anwesenheit zu reduzieren.

3.2.3 Der B. _____-Kreisarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt im Bericht vom 26. Januar 2011 (AB 13.3 S. 7) fest, dem Versicherten seien bekannte Tätigkeitsabläufe sehr geläufig, so dass er gewisse Schwankungen und Verschlechterungen nicht bemerke. Diese Verschlechterungen seien bei den ergänzenden Untersuchungen bestätigt worden, als Hauptindikator für Leistungen über der zumutbaren Grenze werde die vermehrte Müdigkeit angesehen. Die Rehabilitationsmediziner würden eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit mit Anwesenheit während des ganzen Tages empfehlen. Diese Beurteilung sei aus kreisärztlicher Sicht durchaus nachvollziehbar. Ausgeschlossen werden müssten Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie mit Sturzgefahr im Bereiche laufender Maschinen. Ebenfalls müsse die eingeschränkte Hörleistung berücksichtigt werden.

3.2.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, führte im Bericht vom 8. September 2011 (AB 20) aus, auf das Zumutbarkeitsprofil der B. _____ könne abgestützt werden. Die Leistungsfähigkeit könne in einer anderen Tätigkeit nicht gesteigert werden. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen funktioniere der Versicherte am bes-

ten mit einer lange praktizierten Tätigkeit, bei welcher er auf eine grosse Routine zurückgreifen könne.

3.3 Für die Zeit nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 16. November 2011 (AB 23) ergibt sich aus den medizinischen Unterlagen das Folgende:

3.3.1 Im Verlaufsbericht vom 14. August 2012 (AB 33) berichtete Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, über einen stationären Gesundheitszustand. Eine Änderung habe sich insofern ergeben, als neu ein Status nach anteriorer Mikrodiskektomie LWK 4/5 mit Cage-Einlage 3/12 zu diagnostizieren sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 50 %.

3.3.2 Im mit „B._____-Gutachten / Neurologischer Sprechstundenbericht vom 11.06.2015“ betitelten Bericht des Spitals G._____ vom 15. Juni 2015 (AB 48 S. 3 ff.) wurde festgehalten, bei Status nach schwerem Schädel-Hirntrauma mit konsekutiv leichter bis mittelschwerer neuropsychologischer Störung sowie hochgradiger vestibulo-cochleärer Funktionsstörung rechts sei anlässlich der aktuellen klinisch-neurologischen und neuropsychologischen Verlaufskontrolle von einem stabilen Verlauf seit November 2010 auszugehen. Bezüglich der posttraumatischen Epilepsie sei der Patient seit Januar 1992 anfallsfrei, dies seit Januar 1996 ohne antiepileptische Therapie. Trotz in etwa stationärem Verlauf werde im Laufe der Jahre eine raschere, bereits gegen Mittag eintretende Ermüdbarkeit mit verminderter Konzentrationsfähigkeit und erhöhter Fehleranfälligkeit sowie die Notwendigkeit längerer Ruhe- und Erholungsphasen beobachtet. Die vom Patienten erlebte und von Arbeitgeber und Angehörigen bemerkte zunehmende Ermüdbarkeit bei der Arbeit, aber auch in der Freizeit, könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Patient während Jahren am Limit seiner körperlichen und kognitiven Belastungsgrenze funktioniert habe und es sich daher um ein psycho-physisches Erschöpfungszeichen handeln könnte. Zusätzlich die physische Konstitution belastend seien seit ca. August 2014 intermittierende lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den distalen latero-ventralen Oberschenkel links, aufgrund der Anamnese und dem klinisch-neurologischen Befund am ehesten einem radikulären Schmerz- und sensiblen Reizsyndrom der Wurzel L4 entsprechend. Bezüglich des

Schädel-Hirntraumas und seiner Folgen sei aus neurologischer wie auch aus neuropsychologischer Sicht zur Vermeidung einer psycho-physischen Dekompensation primär eine Reduktion der Anwesenheit bei der Arbeit (Ziel 50 %, bevorzugt vormittags) mit einer maximal 50 %-igen Arbeitsfähigkeit empfehlenswert. Eventuell sollte gemäss Kollegen der Neuropsychologie auch eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit in Erwägung gezogen werden.

Dem ergänzenden Bericht des Spitals G. _____ vom 17. Juli 2015 (AB 52 S. 3 f.) ist zu entnehmen, dass der Patient über eine unverändert stabile Situation bezüglich der intermittierenden kurzen Schmerzphasen und Gefühlsstörungen im Bereich des linken Oberschenkels berichte. Weiterhin habe er keine Schwäche und keine anhaltende Symptomatik bemerkt. Das MRI der Lendenwirbelsäule habe eine Osteochondrose LWK2/3 bei dehydrierter Bandscheibe und leicht höhengemindertem Zwischenwirbelraum und diffuser Diskusprotrusion ohne Kompression neuraler Strukturen gezeigt. Auf den übrigen Höhen bestehe jeweils eine diffuse Diskusprotrusion ohne Kompromittierung der Nervenwurzeln, insbesondere finde sich kein Anhalt für eine Kompression der Wurzel L4 links.

3.3.3 Der B. _____-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt im Bericht vom 13. Juli 2015 (AB 51) fest, aus neurologischer Sicht finde sich kein Hinweis auf eine Verschlechterung des unfallbedingten Gesundheitszustandes, die zu einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bzw. der Zumutbarkeit geführt hätte.

3.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ beantwortete im Bericht vom 2. September 2015 (AB 55) eine entsprechende Frage der Verwaltung dahingehend, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte eine objektive und wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei und das im Jahr 2011 definierte Zumutbarkeitsprofil weiterhin Gültigkeit habe. Offenbar habe der Versicherte Mühe, die Pausen einzuhalten. Die Ermüdung trete vor allem am Nachmittag auf. Es gebe somit Hinweise, dass das hundertprozentige Pensum mit einer Leistung von 50 % nicht gut funktioniere. Alternativ komme ein kürzeres Pensum mit der gleichen Leistung in Frage.

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf den Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 2. September 2015 (AB 55) gestützt. Dieser erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor). Er ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren ist er in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. An der Schlüssigkeit der Ausführungen der RAD-Ärztin vermögen die in der Beschwerde vorgebrachten Rügen nichts zu ändern.

3.4.1 Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers hat die RAD-Ärztin nicht allein die unfallbedingten, sondern auch die darüber hinaus geklagten Beschwerden im Bereich des Nacken und des Rückens in ihre Beurteilung miteinbezogen. Sie ist in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise zum Schluss gekommen, dass auch diesbezüglich keine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist. Dies stimmt mit den medizinischen Akten überein: So hat Dr. med. F. _____ auch nach dem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule (anteriore Mikrodiskektomie LWK 4/5 mit Cage-Einlage 3/12) eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (AB 33). Hinsichtlich der lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel konnte der Verdacht auf ein Reizsyndrom der Wurzel L4 mittels MRI ausgeräumt werden. Die Ärzte sprechen diesbezüglich denn auch nur von intermittierenden, kurzzeitig anhaltenden Symptomen, aufgrund derer sich keine medikamentöse Therapie aufdränge (AB 52 S. 4). Eine über die aufgrund der Folgen des Schädel-Hirntraumas anerkannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % hinausgehende Leistungsminderung wird von den behandelnden Ärzten nicht postuliert. Eine solche wäre mangels objektivierbarer Untersuchungsergebnisse auch nicht plausibel, zumal der Beschwerdeführer keine medizinischen Unterlagen beibringt, welche eine Verschlechterung ausweisen würden. Hinzu kommt, dass er trotz der geltend gemachten Verschlechterung langjährig weder seinen Hausarzt noch einen Spezialarzt aufgesucht hat (AB 45 S. 3).

3.4.2 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es gehe ihm vor allem um seine körperlichen Beschwerden, wie die Unsicherheit auf ..., die Schwäche bei Arbeiten über Kopf, das schlechte Gleichgewicht, der hinkende Gang, die wiederkehrenden Rückenschmerzen und das schnelle körperliche Ermüden, ist festzuhalten, dass einerseits – wie bereits dargestellt – objektiv keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung ausgewiesen ist und andererseits die Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil hinsichtlich der Ausübung von gefährlichen Tätigkeiten (Arbeiten auf ... und ...) bereits im Rahmen der Rentenzusprache im Jahr 2011 berücksichtigt worden sind (vgl. AB 20 S. 3). Auch diesbezüglich hat sich somit keine Veränderung eingestellt.

3.5 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt. Von den beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, womit darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass beim Beschwerdeführer im massgebenden Vergleichszeitraum keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentenerhöhungsgesuch somit zu Recht abgewiesen. Die Verfügung vom 10. November 2015 (AB 59) lässt sich nicht beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.