

200 15 369 IV
KOJ/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Oktober 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2004 unter Hinweis auf massive bewegungsabhängige thorakale Schmerzen linksseitig auf der Höhe BWK 5 - 7 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. IIA] 1). Die IVB nahm erste medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor und gewährte ihm berufliche Massnahmen (Umschulung zum Ausbilder mit eidg. Fachausweis; act. IIA 26, 40). Diese Massnahmen wurden abgebrochen (act. IIA 48), woraufhin die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 51) bei den Dres. med. B._____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, und C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, interdisziplinär begutachten liess (Gutachten vom 21. September und 14. Oktober 2007 inkl. interdisziplinärer Beurteilung; act. IIA 56 f.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, in welchem die IVB weitere medizinische Berichte einverlangte (act. IIA 72 f.) wie auch eine Nachbegutachtung durch die Dres. med. B._____ und C._____ veranlasste (act. IIA 74 f.), lehnte sie mit Verfügung vom 4. August 2008 (act. IIA 80) bei einem Invaliditätsgrad von 37 % einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Auf Beschwerde hin (act. IIA 83 S. 3 ff.) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern diese Verfügung mit Urteil vom 29. Januar 2009, VGE IV 69790 (act. IIA 89), auf und wies die Sache zur umfassenden medizinischen (psychiatrischen und somatischen) Abklärung an die Verwaltung zurück.

B.

In Nachachtung des VGE IV 69790 (act. IIA 89) ordnete die IVB eine interdisziplinäre Begutachtung durch die D._____ an (Gutachten vom 29. September 2009; act. IIA 97). Das erstellte Gutachten legte sie zur Beurteilung dem RAD vor, welcher eine Nachbegutachtung und eine stationäre Schmerztherapie empfahl (act. IIA 98 f.). Der Versicherte unterzog sich

zwischenzeitlich operativen Eingriffen und war u.a. vom 31. Januar bis 4. Februar und vom 25. bis 31. Mai 2011 hospitalisiert (act. IIA 123, 142 S. 7 f). Nachdem die IVB weitere medizinische Berichte beigezogen und erneut eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (act. IIA 145), veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die E._____ (Gutachten vom 25. September 2012; Akten der Invalidenversicherung [act. IIB] 173.1 - 7). Hierauf stellte sie nach Beurteilung des Gutachtens durch den RAD (act. IIB 179 f.) der E._____ eine Ergänzungsfrage (act. IIB 182 f., 186 f.), welche am 5. Juni 2014 beantwortet wurde (act. IIB 189). Mit Vorbescheid vom 14. August 2014 (act. IIB 190) stellte die IVB dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 46 % die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. Januar 2005 in Aussicht. Damit zeigte sich dieser mit Einwand vom 13. bzw. 22. September 2014 (act. IIB 193, 195) nicht einverstanden und liess einen medizinischen Bericht einreichen (act. IIB 196), woraufhin die IVB den RAD um erneute Stellungnahme ersuchte (act. IIB 198). Am 13. März 2015 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid (act. IIB 199 S. 2 ff.).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 28. April 2015 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung der IV vom 13. März 2015 sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Zudem ersucht er um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege.

Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, das Gutachten der D._____ vom 29. September 2009 komme zum Schluss, dass eine Leistungsminderung von 50 bis 75 % vorliege. Das Gutachten der E._____ vom 25. September 2012 gehe demgegenüber nur von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 40 % aus. Es sei nicht korrekt, dass die Beschwerdegegnerin ein Gutachten einfach deshalb zurückweise, weil sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sei. Die Beschwerdegegnerin hätte das Gutachten der D._____ akzeptieren und eine entsprechende Rente zusprechen müssen. Es gebe keine Gründe um dieses Gut-

achten anzuzweifeln. Das Gutachten der E. _____ basiere zudem auf unvollständigen Akten und es liege eine wesentliche Diskrepanz zwischen der im Haupt- und im psychiatrischen Teilgutachten bescheinigten Arbeitsunfähigkeit vor. Weiter werde auf die These des Unfallmechanismus überhaupt nicht mehr eingegangen und das urologische Problem nur oberflächlich analysiert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. April 2015 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf, das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu belegen, ansonsten dieses als zurückgezogen gelte.

Am 27. Mai 2015 zog der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung in Erwägung, dass die Frist zur Einreichung von Belegen betreffend Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ungenutzt abgelaufen sei, womit das Gesuch als zurückgezogen gelte. Er setzte dem Beschwerdeführer Frist zur Bezahlung eines Kostenvorschusses.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Zuschrift vom 27. Mai 2015 auf Ausführungen in Form einer Beschwerdeantwort. Sie verweist auf die bisherigen Akten und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Juni 2015 stellte der Instruktionsrichter fest, dass der Gerichtskostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. März 2015 (act. IIB 199 S. 2 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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 ausge-

glichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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).

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; bis Ende 2007 vgl. aArt. 29 Abs. 1 IVG). 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 (bis Ende 2007 vgl. aArt. 28 Abs. 1 IVG).

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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig

möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

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

2.6.1 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).

2.6.2 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 Her-

kunft 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).

2.6.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.

3.1 Den medizinischen Akten ist – soweit nicht bereits im VGE IV 69790 E. 3.1 (act. IIA 89 S. 8 ff.) wiedergegeben – im Wesentlichen zu entnehmen was folgt:

3.1.1 Im Gutachten der D._____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) diagnostizierten die Psychologin lic. phil. F._____, Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, ein chronisch-progressives und schweres neuropathisches Schmerz-Syndrom mit therapiebedingten sekundären Leistungsbeeinträchtigungen, auch auf geistigem Gebiet (ICD-10 G60.3) und eine rezidivierende depressive Störung ohne Rückkehr zu einer ausgeglichenen Affektivität im Intervall („Double depression“; [ICD-10 F33.1]; act. IIA 97 S. 23). Weiter führten die Gutachter aus,

die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen zwar über den Zeitraum eines ganzen Tages weiterhin durchführbar, dabei müssten aber längere Pausen eingehalten werden, so dass insgesamt im Durchschnitt nur eine stundenweise Tätigkeit resultiere, nachdem weiterhin mit vollständigen Arbeitsausfällen für ganze Tage gerechnet werden müsse. Über den Verlauf eines Jahres – unter Berücksichtigung aller medizinischer Fakten – sei das Leistungsvermögen auf weniger als die Hälfte, aber mehr als ein Viertel abgefallen, womit also eine Leistungsminderung zwischen 50 und 75 % vorliege (act. IIA 97 S. 22).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, hielt in der Stellungnahme vom 7. Januar 2010 (act. IIA 98 S. 2 - 8) zum Gutachten der D. _____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) fest, aus orthopädischer Sicht müsse die Diagnose einer posttraumatischen Schmerzsymptomatik nach BWK-Fraktur 5 – 7 in Frage gestellt werden. Die radiologischen Veränderungen hätten schon vor dem Unfall von 1995 im Sinne eines Status nach Morbus Scheuermann bestanden. Dies würde die isolierten Veränderungen im Bereich der Deckplatten und die leichte Keilwirbelbildung der betroffenen Wirbelkörper erklären. Erst anlässlich der Behandlung im Jahr 2004 durch Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, sei die Diagnose eines posttraumatischen invalidisierenden Schmerzsyndroms angegeben worden. Worauf sich diese Diagnose begründe, lasse sich aus den Akten nicht eruieren. Im weiteren Verlauf, insbesondere auch anlässlich der verschiedenen Begutachtungen, sei die Diagnose kritiklos übernommen worden. Die Differenzierung zwischen unfall- und krankheitsbedingter Invalidität sei insofern wichtig, als dass im besagten Gutachten die Hypothese aufgestellt werde, dass es im Rahmen der „traumatischen“ Deckplatteneinbrüche zu pathoanatomischen Veränderungen gekommen sei, die zur Neuropathie in den thorakalen Segmenten mit Veränderungen der sympathicus-gesteuerten Regulationsmechanismen geführt hätten. Diese Hypothese lasse sich nicht halten, da aufgrund der Tatsache, dass die bekannten Veränderungen im Bereich der Deckplatten BWK 5 – 7 mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht traumatischen Ursprungs seien, sondern auf einen Morbus Scheuermann zurückzuführen seien. In diesem Zusammenhang gelte es zu beanstanden, dass der Begutachter kritiklos die nicht haltbare Diagnose eines posttrau-

matischen Schmerzsyndroms übernommen habe, ohne den Umstand zu würdigen, dass sich weder radiologisch noch klinisch je ein Korrelat für die Schmerzsymptomatik habe dokumentieren lassen. Bezüglich der relevanten Pathologie im Bereich der Brustwirbelsäule sei weitgehend auf eine Befunderhebung verzichtet worden (act. IIA 98 S. 3 – 5). Der Versicherte mache geltend, dass er wegen einer Wirbelsäulenproblematik auf Höhe des fünften bis siebten Brustwirbels in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei. Durch die Dres. med. H._____ und G._____ sei kein Lokalbefund bezüglich Einschränkungen respektive Pathologien im Bereich der Wirbelsäule erhoben worden. Es seien weder Beweglichkeitsprüfungen noch Schmerzprovokationsmanöver noch anderweitige funktionelle Tests durchgeführt worden. Es sei auch nicht dokumentiert, ob allenfalls lokale Schmerzen, ein paravertebraler Hartspann oder ähnliches bestehe. Es würden auch keine Achsdeviationen ausser einer leichten Skoliose korrekt dokumentiert (act. IIA 98 S. 6). Die urologische Problematik werde zwar erwähnt, im Weiteren dann aber nicht kommentiert oder in der Gesamtbeurteilung gewürdigt. Auch bezüglich der geltend gemachten neuropsychologischen Einschränkungen erfolge keine konkrete Quantifizierung der Leistungsminderung. Die These, dass die geistigen Fähigkeiten solange dauerhaft beeinträchtigt seien, wie der Versicherte auf die Dauermedikation mit Opioiden angewiesen sei, hätte für den konkreten Fall explizit mittels neuropsychologischer Testung ermittelt/quantifiziert werden müssen (act. IIA 98 S. 7).

3.1.3 Im Bericht des Spitals K._____ vom 15. Januar 2010 (act. IIA 136 S. 9 f.) führten Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. J._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, als Diagnose ein posttraumatisches Schmerzsyndrom paravertebral links auf Höhe LWK 5/6 mit/bei einem Status nach Implantation eines Rückenmarkstimulators am 19. Januar 2004, einem Status nach Elektrodenwechsel am 24. Januar 2005 und einem Status nach Batteriewechsel am 14. Dezember 2006 auf. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand des Patienten über die letzten Jahre hinweg kontinuierlich verschlechtert. Als Ausdruck hiervon habe die Opiatmedikation immer wieder erhöht werden müssen. Aufgrund der Nebenwirkungen der Opiat-Medikation erscheine eine zielgerichtete, berufliche Tätigkeit momentan nicht mehr realistisch zu sein.

3.1.4 Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. Mai 2011 (act. IIA 136 S. 1 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schweres chronisches Schmerzsyndrom des Rückens bei Status nach BWK-Fraktur 5 – 7, Morphinmedikation sowie Rückenmarkstimulator (seit 1995), eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (anhaltend seit 1995) und eine Persönlichkeitsveränderung (entwickelt in den letzten Jahren). Der Patient sei nicht mehr arbeitsfähig und dies schon seit mehreren Jahren; dieser müsse eine Rente erhalten (act. IIA 136 S. 2 ff.).

3.1.5 Dr. med. J. _____ stellte am 19. September 2011 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein posttraumatisches Schmerzsyndrom paravertebral links auf Höhe BWK 5/6 mit/bei einem Sturz auf das Gesäss am 17. Juni 1995 mit leichten Kompressionsfrakturen BWK 5 – 7, einem Status nach multiplen Infiltrationen und Kryotherapien der thorakalen Fazettengelenke, einem Status nach Austestung multipler medikamentöser Therapieansätze, einem Status nach Implantation eines Rückenmarkstimulators am 19. Januar 2004, einem Status nach Elektrodenwechsel am 24. Januar 2005, einem Status nach Batteriewechsel am 14. Dezember 2006 und 6. September 2010 und einem Status nach Implantation einer Medikamentenpumpe mit intrathekaler Medikamentenapplikation am 26. Mai 2011 fest (act. IIA 142 S. 2). Obwohl die Nebenwirkungen der chronischen Opiatmedikation mit der Pumpe etwas hätten gelindert werden können, werde diese eine regelmässige berufliche Tätigkeit in einem vernünftigen Rahmen nicht mehr ermöglichen (act. IIA 142 S. 4).

3.1.6 Im Bericht des RAD vom 12. Oktober 2011 (act. IIA 145 S. 3 f.) führte med. pract. N. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, aus, nach der Implantation einer definitiven Schmerzmittelpumpe am 26. Mai 2011 bestehe eine veränderte Situation, welche einer Neu Beurteilung bedürfe. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. J. _____ sei aufgrund der sich widersprechenden Aussagen (deutliche Besserung der Schmerzen, Regredienz der Beinkrämpfe und deutliche Verminderung von Müdigkeit und Obstipation einerseits, andererseits würden Nebenwirkungen weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bedingen) nicht nachvollziehbar. Auch die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden

den Psychiater, Dr. med. M. _____, könne, da sich dieser lediglich auf subjektive Äusserungen des Versicherten stütze, nicht überzeugen. Zur Abklärung von möglicherweise bestehenden kognitiven Einschränkungen als Folge der Analgetika-Nebenwirkungen sei eine neuropsychologische Untersuchung indiziert. Ebenso sollte eine urologische Abklärung erfolgen, deren Fehlen von Dr. med. B. _____ (Juni 2008) zu Recht beanstandet worden sei.

3.1.7 Das Gutachten der E. _____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) basiert auf psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und urologischen Untersuchungen. Es wurden darin die nachstehenden Diagnosen festgehalten (act. IIB 173.1 S. 38 f. Ziff. 6):

Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F)
 - unter spezifischer Psycho- und Psychopharmakotherapie
 - ohne Intervalle mit Vollremission
 - nach Anpassungsstörung 1995
 - bestehend seit 2000
2. Störungen durch Opioide (ICD-10 F11.25)
 - gegenwärtig unter rein ärztlicher Verschreibung
 - Kriterien für Abhängigkeit erfüllt
 - bestehend seit 1995
3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
 - bestehend seit ca. 2003
4. Minimale neuropsychologische Störung (Exekutivfunktionen, Reaktionskonstanz) bei Diagnose 1, 2 und 3
5. Chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom obere BWS Th 3 – 7 (ICD-10 M54.2) mit/bei
 - Status nach Sturz am 17. Juni 1995 mit
 - Deckplatteneinbrüchen BWK 5 – 7
 - Status nach Einlage eines Rückenmarkstimulators am 19. Januar 2004
 - Status nach Implantation einer intrathekalen Morphinpumpe am 26. Mai 2011
 - ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik
6. Anhaltende Sensibilitätsstörung Ober- und Unterarmaussenseite, ulnare Handkante und Dig. IV und V links bei möglicher unterer Plexusaffektion (ICD-10 G54) bei
 - Status nach proximaler Humerusfraktur links am 1. Februar 1999 nach Treppensturz
 - Status nach arthroskopischer Arthrolyse Schulter links April 2000
 - möglicher Frozen Shoulder links mit klinisch schmerzhaftem Bogen

Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

1. Mögliche Meralgia paraesthetica rechts (ICD-10 G57)
2. Anamnestisch obstruktive Miktionsbeschwerden bei

- Verdacht auf neurogene Blasenentleerungsstörung mit/bei
- Verdacht auf Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (ED Dezember 2007)

Die Gutachter hielten in der Gesamtbeurteilung fest, bei der rheumatologischen Untersuchung sei das chronische thorako-spondylogene Schmerzsyndrom in vergleichbarer Ausprägung wie bereits durch Dr. med. B. _____ diagnostiziert worden, ohne dass aus rheumatologischer Sicht die beklagte Beschwerdesymptomatik und die Einschränkung im Alltag sich durch organische Ursachen in diesem Ausmass erklären liessen. In der Bildgebung hätten sich nur mässige degenerative BWS-Veränderungen mit Osteochondrosen nachweisen lassen, wonach dem Explorand zwar schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden könnten, für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten aber keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Auch bei der neurologischen Untersuchung seien keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik im Bereich der BWS festzustellen gewesen. Es hätten keine Paresen nachgewiesen werden können und auch keine Muskelatrophien, die auf einen wesentlichen Nicht- bzw. Mindergebrauch hinweisen würden. Bei fehlender funktioneller Einschränkung im Alltag besitze die angegebene Sensibilitätsstörung im linken Arm derzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus rein somatischer Sicht sei die Fraktur im BWS-Bereich stabil abgeheilt und der Explorand müsste leistungsfähiger sein, als er dies selber einschätze. Zumindest somatisch sei die Indikation einer Morphinpumpe und zusätzlicher Gabe von Opioiden nicht begründbar (act. IIB 173.1 S. 44). Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten die Befunde insgesamt einer minimalen neuropsychologischen Störung mit Einschränkungen in den Exekutivfunktionen und der Reaktionskonstanz in der Alertness entsprochen, was wahrscheinlich in Zusammenhang mit der Schmerzproblematik gesehen werden müsse. Ein kausaler Zusammenhang der Defizite mit der langjährigen Opiatmedikation sei möglich. Unter Berücksichtigung der Ressourcen und der Leistungsstärken des Exploranden, sei das Arbeitsleistungsvermögen im angestammten Beruf als ... rein kognitiv nicht eingeschränkt. Eine gewisse qualitative Einschränkung wegen der Schmerzen sollte aber zugestanden werden. Bei der sehr hohen subjektiven Schmerzbelastung erstaune der gute Befund der neuropsychologischen Leistungstests, was als ein Hinweis auf die Anteile der subjektiven Bewertung der Schmerzen gegenüber der tatsächlichen Schmerzinterferenz mit Alltagsfunktionen spreche

(act. IIB 173.1 S. 44 f.). Bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine gegenwärtige mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom festgestellt werden können, wobei der Explorand derzeit Efexor einnehme, aber keine regelmässige psychiatrische Behandlung wahrnehme, sondern dort nur bedarfsweise hingehet. Es bestehe eine deutliche Frustrationsintoleranz, eine Kränkbarkeit, ein geringes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl sowie eine starke Libido-Verminderung. Subjektiv sei der Leidensdruck vor allem wegen der Schmerzen gross. Dazu komme die Ängstlichkeit, insbesondere auch die Existenzängste. Die Kriterien nach ICD-10 für eine depressive Episode seien erfüllt. Auch die Kriterien für ein somatisches Syndrom seien erfüllt, nicht jedoch für psychotische Symptome. Durch diese Symptomatik bestünden gewisse Schwierigkeiten, die beruflichen Aktivitäten fortzusetzen. Die parallel zur Depression vorhandene Schmerzsymptomatik könne die Depressionssymptomatik noch zusätzlich verstärken. Eine autonome Suchterkrankung liege nicht vor. Die Opiate beeinflussten die Arbeitsfähigkeit und auch die kognitiven Funktionen, dies aber nur minimal. Somit könne als Hauptgrund für die reduzierte Arbeitsfähigkeit die affektive Störung angesehen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 40 %, da der Explorand für seine Arbeit eine gewisse Willensanstrengung vollbringen müsse und rascher ermüde; ausserdem habe er einen vermehrten Pausenbedarf. Durch die erhebliche Frustrationstoleranz sei er eingeschränkt teamfähig und unter Druck komme es zu einer raschen Überforderung. Wegen der verordneten Opiatmedikation sollten jegliche Arbeiten, welche mit Autofahren, gefährlichen Maschinen und Arbeiten über Boden einhergehen, vermieden werden (act. IIB 173.1 S. 45). Gesamtmedizinisch habe sich am Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch Dr. med. B. _____ somatisch nichts geändert. Bei der aktuellen Begutachtung hätten sich aus somatischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Der Deckplatteneinbruch sei längst abgeheilt und es sei auch zu keinen neurologischen radikulären Ausstrahlungen gekommen. Obwohl der Explorand (über)maximal analgetisch behandelt werde und einen zusätzlichen Neurostimulator habe, klage er weiter über Schmerzen, die hauptsächlich im psychiatrischen Bereich begründet seien. Hier sei aber die Behandlung noch nicht suffizient, weswegen eine gewisse Verbesserungsmöglichkeit des Gesundheitszustands und damit auch der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich sei. In der zuletzt aus-

geübten Tätigkeit als ... sei er aufgrund der psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen (erhöhter Pausenbedarf) zu 60 % arbeitsfähig. Auch in einer leichten wechselbelastenden Verweistätigkeit sei er mit den genannten Einschränkungen zu 60 % arbeitsfähig. Schwere körperliche Tätigkeiten seien bleibend nicht mehr zumutbar. Für eine leichte Tätigkeit gälten folgende Einschränkungen: Der Explorand sollte keine Tätigkeiten mit anhaltender Zwangshaltung der BWS und keine repetitiven Rotationsbewegungen des Rumpfes ausführen müssen. Zudem sei ihm kein Heben von Lasten über 15 kg und kein repetitives Heben von Lasten über 5 kg möglich. Vermieden werden sollte eine Arbeit, bei welcher ein hohes Mass an Teamarbeit oder ein hoher Anteil an Verkehr mit Kundenkontakt erforderlich sei (act. IIB 173.1 S. 45 f.).

3.1.8 In seiner Aktenbeurteilung vom 15. Mai 2013 (act. IIB 179) erklärte der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, er könne den psychiatrischen Diagnosen „Depression“ sowie „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ vorbehaltlos zustimmen. Die sogenannten Foerster-Kriterien seien erfüllt. Von einer psychiatrischen Weiterbehandlung könnte die Erwerbsfähigkeit im angestammten Beruf als Programmierer (und in einer Verweistätigkeit) medizinisch-theoretisch verbessert werden. Es handle sich hier aber um einen verfestigten, chronifizierten und somatisierten Verlauf, so dass eine Verbesserung eher unrealistisch erscheine und wenn ja, dann Jahre benötige (act. IIB 179 S. 4 ff.).

3.1.9 Im Bericht des Spitals K. _____ vom 24. September 2014 (act. IIB 196) diagnostizierte Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurochirurgie, ein posttraumatisches Schmerzsyndrom paravertebral links auf Höhe BWK 5/6 mit/bei einem Status nach Implantation eines Rückenmarkstimulators am 19. Januar 2004, einem Status nach Elektrodenwechsel am 24. Januar 2005, einem Status nach Batteriewechsel am 14. Dezember 2006 und am 6. September 2010, einem Status nach Implantation einer Medikamentenpumpe mit intrathekaler Medikamentenapplikation am 26. Mai 2011 und aktuell seit der Medikamentenpumpenimplantation einem lumboradikulären Schmerzsyndrom rechts mit sensomotorischen Ausfällen im rechten Bein. Im Verlauf habe sich ein zunehmender Bedarf an Schmerzmitteln bei invalidisierenden Beschwerden gezeigt. Erschwerend

kämen die Nebenwirkungen der Morphinmedikation dazu, was die Arbeit als studierter ... auf körperlicher und geistiger Ebene beeinträchtige. Da bis zum heutigen Datum noch keine optimale Schmerzeinstellung erreicht worden sei, könne eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

3.1.10 Die RAD-Ärztin med. pract. N. _____ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2014 (act. IIB 198), das neuropsychologische Untersuchungsergebnis stehe den Angaben der behandelnden Ärzte des Spitals K. _____ in dem Sinne entgegen, dass keine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkenden kognitiven Einbussen hätten objektiviert werden können. Die Begründung der vollen Arbeitsunfähigkeit könne nicht überzeugen, da sie pauschal formuliert sei (erhöhter Schmerzmittelbedarf seit 2001, Nebenwirkungen) und einer objektivierten Grundlage entbehre. Eine andere Beurteilung der gesundheitlichen Situation sei mit der attestierten 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit nicht objektiviert.

3.2 In Bezug auf das Gutachten der D. _____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) rügt der Beschwerdeführer vorab, es sei nicht korrekt, wenn die IVB ein Gutachten zurückweise, weil sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sei. Es sei auf dieses Gutachten abzustellen und eine entsprechende Rente zuzusprechen (Beschwerde S. 1). Mit dieser Argumentation macht der Beschwerdeführer sinngemäss die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ geltend.

3.2.1 Das Einholen einer sog. „second opinion“ ist unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz eines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Eine derartige Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben.

3.2.2 Nach Vorlage des Gutachtens der D. _____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) ersuchte die Beschwerdegegnerin den RAD um Stellungnahme, woraufhin Dr. med. I. _____ (RAD) erhebliche Mängel monierte und das Gutachten im Wesentlichen als unbrauchbar bezeichnete (act. IIA 97). In seiner Schlussfolgerung erachtete er eine Nachbegutachtung hinsichtlich des Lokalstatus betreffend die thorakale Wirbelsäulenpro-

blematik und betreffend die linke Schulter, eine Untersuchung der klinisch dokumentierten Pathologie im Bereich des Nervus ulnaris links zur Verifizierung und Quantifizierung, die Durchführung einer neurologischen Testung sowie eine Kommentierung und Quantifizierung der urologischen Problematik als notwendig (act. IIA 98 S. 8). Die Beschwerdegegnerin nahm in der Folge eine Nachbegutachtung in Aussicht (act. IIA 100), woraufhin die D._____ dafür hielt, es sei angesichts der eingehend fundierten Kritik des RAD-Arztes mit ergänzenden Abklärungen nicht getan und um einen neuen Begutachtungsauftrag ersuchte (act. IIA 110). Damit hat die D._____ selber die vom RAD-Arzt geäußerte Kritik an ihrem Gutachten offensichtlich akzeptiert und an den gutachterlichen Schlüssen nicht festgehalten. Hinzu kommt, dass nach einer weiteren Anfrage der Beschwerdegegnerin die RAD-Ärztin med. pract. N._____ mit ärztlichem Bericht vom 12. Oktober 2011 (act. IIA 145 S. 3 f.) festhielt, es bestehe nach der Implantation einer definitiven Medikamentenpumpe am 26. Mai 2011 eine veränderte Situation, weshalb es einer Neu Beurteilung bedürfe.

In Anbetracht dieser Gegebenheiten ist gestützt auf das Gutachten der D._____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) keine zuverlässige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit möglich, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Da die Beschwerdegegnerin jedoch nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes gehalten ist, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, war eine erneute Begutachtung indiziert und es kann nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden. Die verfahrensmässige Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin rund um die Anordnung des Gutachtens bei der E._____ ist nicht zu beanstanden, zumal der Beschwerdeführer korrekt ins Verfahren miteinbezogen wurde. Er nahm denn auch die Möglichkeit wahr, Zusatzfragen zu stellen (act. IIB 160 S. 1 - 4).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 13. März 2015 (act. IIB 199 S. 2 ff.) massgeblich auf das Gutachten der E._____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Be-

weiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6.2 f. hier- vor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Ab- klärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Es ist für die streitigen Be- lange umfassend und überzeugt auch inhaltlich, indem die fachärztlichen Beurteilungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein- leuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Dar- an vermögen auch die Einwendungen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

3.3.2 Es verfängt nicht, wenn der Beschwerdeführer vorbringt, das Gut- achten der E. _____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) basie- re auf unvollständigen Akten (Beschwerde S. 3 lemma 1 und 2). Die von den Gutachtern der E. _____ beigezogenen Akten wurden auf S. 3 ff. des Gutachtens aufgelistet und deren wesentlicher Inhalt wiedergegeben (act. IIB 173.1 S. 3 – 20). Die bisherigen medizinischen Unterlagen wurden in die Beurteilung miteinbezogen und es fand soweit notwendig eine kriti- sche Auseinandersetzung damit statt. Es sind keine Anhaltspunkte ersicht- lich, wonach nicht sämtliche zur Beurteilung des Gesundheitszustands be- deutsamen Unterlagen miteinbezogen worden sind. Der Beschwerdeführer behauptet denn auch nicht, dass unter den auf seiner CD-ROM abgespei- cherten Dokumenten weitere, das heisst im Gutachten nicht aufgelistete und darüber hinaus relevante medizinische Berichte seien. Die hier zur Beurteilung massgebenden medizinischen Akten wurden vollständig berücksichtigt.

3.3.3 Sodann bringt der Beschwerdeführer vor, es bestehe eine wesentli- che Diskrepanz zwischen der im Haupt- und im Teilgutachten bescheinig- ten Arbeitsunfähigkeit (Beschwerde S. 3 lemma 3). Wenn aufgrund der konsensuell besprochenen Gesamtbeurteilung eine Arbeitsfähigkeit von 60 % resultiert (act. IIB 173.1 S. 46 Ziff. 7.2 f.), welche der psychiatrisch bedingten Einschränkung entspricht, ist dies verglichen mit der im psychia- trischen Teilgutachten noch erwähnten Arbeitsunfähigkeit (bzw. Arbeits- fähigkeit) von 50 % (act. IIB 173.3 S. 16) keine erhebliche Differenz. Viel- mehr handelt es sich hierbei um eine geringfügige Anpassung der Leis-

tungseinschätzung durch den psychiatrischen Gutachter gestützt auf den interdisziplinären Austausch. Eine solche Anpassung ist keineswegs ausgeschlossen. Der Beweiswert des Gutachtens der E. _____ als Ganzes wird dadurch nicht geschmälert, zumal die gesamtmedizinische Einschätzung hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und der daraus abzuleitenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachvollziehbar begründet und in seinen Schlussfolgerungen einleuchtend ist.

3.3.4 Was die Vorbringen anbelangt, im Gutachten der E. _____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) werde auf die These von Dr. med. G. _____ zum Unfallmechanismus nicht mehr eingegangen (Beschwerde S. 3 lemma 4) und das urologische Problem sei nur oberflächlich analysiert worden (Beschwerde S. 3 lemma 5), kann der Beschwerdeführer daraus nichts für sich ableiten. Nach dem unter E. 3.2 hiavor Erwogenen kann auf das Gutachten der D. _____ vom 29. September 2009 (act. IIA 97) nicht abgestellt werden (vgl. auch E. 3.1.2 hiavor). Es erübrigt sich deshalb eine Auseinandersetzung mit den darin aufgestellten Thesen. Hinsichtlich der Miktionsbeschwerden wurde in der gesamtmedizinischen Beurteilung ausgeführt, dass diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (act. IIB 173.1 S. 44). Der Beschwerdeführer behauptet denn selber auch nicht, dass Harnwegsinfekte bzw. eine Prostatitis seine Leistungsfähigkeit dauerhaft einschränken würden.

3.3.5 Weiterungen zum invalidisierenden Charakter der somatoformen Schmerzstörung, namentlich auch unter dem Aspekt der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung, können unterbleiben. Der somatoformen Schmerzstörung wurde zwar ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt und der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ hat im Rahmen seiner Aktenbeurteilung die Foerster-Kriterien (BGE 130 V 352) sinngemäss bejaht (act. IIB 179 S. 5). Indessen hat diese Schmerzstörung nur einen indirekten Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. So halten die Gutachter des E. _____ ausdrücklich fest, dass der Hauptgrund für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der affektiven Störung, das heisst dem depressiven Geschehen liegt, während die Schmerzsymptomatik lediglich die Depressionssymptomatik verstärken *könne* (act. IIB 173.1 S. 45). Die Schmerzpro-

blematik hat demnach keine permanente Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, was die Gutachter im Rahmen der Gesamtbeurteilung berücksichtigt haben.

3.3.6 Die anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte sind ebenfalls nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens der E. _____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) zu erschüttern. Dr. med. M. _____ argumentierte im Arztbericht vom 14. Mai 2011 (act. IIA 136) zu Handen der IV offensichtlich ergebnisorientiert und als Interessenvertreter des Beschwerdeführers, indem er wiederholt für eine Berentung des Beschwerdeführers plädierte (act. IIA 136 S. 4 Ziff. 1.8 und S. 6 Ziff. 4). Sich zum Rentenanspruch zu äussern fällt jedoch nicht in den Aufgabenbereich eines Arztes, wird der Invaliditätsgrad doch nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt (vgl. Art. 16 ATSG). Im Zusammenhang mit der von Dr. med. P. _____ am 24. September 2014 (act. IIB 196) bescheinigten vollen Arbeitsunfähigkeit hält der RAD in seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 2014 (act. IIB 198) zu Recht fest, dass diese pauschal formuliert sei und einer objektiven Grundlage entbehre, zumal es dieser einer ausführlichen, überzeugenden und auf medizinischen Belegen basierenden Begründung fehlt. In Bezug auf Atteste von Hausärzten ist ebenfalls der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, 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 [BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3.7 Nach dem Dargelegten erweist sich der Sachverhalt durch die bisherigen umfangreichen Erhebungen sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer Hinsicht als durch die Beschwerdegegnerin rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren Beweismassnahmen sind keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE

122 V 157 E. 1d S. 162), weshalb von der vom Beschwerdeführer beantragten Zeugenbefragung (Beschwerde S. 2) abgesehen werden kann. Es ist damit auf das im Gutachten der E. _____ vom 25. September 2012 (act. IIB 173.1 – 7) formulierte Zumutbarkeitsprofil, welches sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... als auch in einer leichten wechselbelastenden Verweistätigkeit von einer 60 %-igen Arbeitsfähigkeit ausgeht (act. IIB 173.1 S. 46), abzustellen und der Invaliditätsgrad gestützt darauf zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiervor).

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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). 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; heute: BGer 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 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV

Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Der Rentenanspruch entsteht nach der hier massgebenden, bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage nur, sofern die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Der Beschwerdeführer meldete sich im Februar 2004 zum Leistungsbezug an (act. IIA 1), nachdem ihm im Januar desselben Jahres ein Rückenmarkstimulator eingesetzt worden und er seither durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig war (act. IIA 12, act. IIB 173.1 S. 46). Der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns ist demnach der 1. Januar 2005 (aArt. 29 Abs. 2 IVG), was im Übrigen unbestritten ist.

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich dergestalt vorgenommen, als sie das Validen- wie auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage des gleichen Tabellenlohns der LSE bestimmt hat (act. IIB 199 S. 7). Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass der

Beschwerdeführer einerseits seine letzte vollzeitliche Arbeitsstelle bei der Q._____ aus wirtschaftlichen und nicht gesundheitlichen Gründen verloren hatte (act. IIA 10 S. 1), danach arbeitslos war und noch im Rahmen einer Zwischenverdiensttätigkeit stundenweise arbeitete (act. IIA 8 S. 1 - 3) sowie andererseits nun seit mehreren Jahren keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, nicht zu beanstanden. Demgegenüber hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund des frühestmöglichen Rentenbeginns vom 1. Januar 2005 (vgl. E. 4.3 hiervor) den Einkommensvergleich ausgehend von den Einkommenszahlen des Jahres 2005 vornehmen müssen, und nicht aufgrund denjenigen des Jahres 2012. Dies ist aber letztlich unerheblich, da beide Vergleichseinkommen anhand des gleichen Tabellenlohns berechnet werden und sich dadurch deren betragsmässige Ermittlung erübrigt. Die Einschränkung im Erwerb entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4).

Die Beschwerdegegnerin liess einen Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen (vgl. 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) von 10 % zu (vgl. act. IIB 199 S. 7). Dieser gewährte Abzug gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Der bei der Verwertung der Resterwerbsfähigkeit zu erwartenden Lohnbenachteiligung hat sie damit hinreichend Rechnung getragen. Damit resultiert bei einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % und unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % ein Invaliditätsgrad von 46 % ($100\% - [60\% \times 0.9]$). Dies führt zu einem Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 2.3 hiervor) ab dem 1. Januar 2005 (vgl. E. 4.3 hiervor).

4.5 Nach dem Dargelegten erweist sich die Verfügung vom 13. März 2015 (act. IIB 199 S. 1 ff.) im Ergebnis als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 28. April 2015 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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.