

200 15 551 IV  
FUR/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. September 2016**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Winiger

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Mai 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist von Beruf ... und wurde im Mai 2011 von seiner Arbeitgeberin bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung angemeldet (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 18). Am 7. Juni 2011 erfolgte – mit Hinweis auf eine Wirbelsäulenproblematik – sodann die Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 21). In der Folge tätigte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Abklärungen (act. II 26 ff.), wobei sie unter anderem eine neurochirurgisch-psychiatrische Expertise (vgl. Gutachten vom 23. August 2012 [act. II 62] und vom 31. Oktober 2012 [act. II 67]; interdisziplinäre Beurteilung vom 8. November 2012 [act. II 68]) veranlasste. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 76; 81) verfügte sie am 2. September 2013 (act. II 86 S. 2) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 57% die Zusprechung einer halben Invalidenrente ab dem 1. Juli 2012. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 87 S. 3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. August 2014, IV/2013/876 (act. II 101), teilweise gut und änderte die angefochtene Verfügung insofern ab, als es dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von maximal 67.9% eine Dreiviertelsrente zusprach.

### **B.**

Im Rahmen einer im Oktober 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision machte der Versicherte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert; neben dem Rückenleiden seien zusätzlich Lungenprobleme aufgetreten (act. II 110 S. 2). Daraufhin holte die IVB beim behandelnden Hausarzt einen Verlaufsbericht (act. II 112 S. 2) ein und unterbreitete das medizinische Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (vgl. ärztlicher Bericht vom 17. März 2015, act. II 116 S. 3). Mit Vorbescheid vom 18. März 2015 (act. II 117) stellte die IVB die Abweisung des Gesuchs um Rentenerhöhung in Aussicht. Zur Begründung legte sie dar, in der gesamtheitlichen Beurteilung sei trotz der ausgewiesenen

Verschlechterung davon auszugehen, dass die angestammte Tätigkeit dem Versicherten weiterhin möglich und zumutbar sei. Nach erhobenem Einwand (act. II 120) und erneuter Stellungnahme des RAD vom 30. April 2015 (act. II 124) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Mai 2015 (act. II 125) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf eine höhere Invalidenrente.

### C.

Mit Eingabe vom 15. Juni 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 13. Mai 2015 sei kostenfällig aufzuheben. Der Invaliditätsgrad sei auf mindestens 70% festzulegen und dem Beschwerdeführer sei eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter seien die Akten zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Am 8. Juli 2015 teilte der Beschwerdeführer mit, dass seine Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 30. September 2015 gekündigt habe (vgl. Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3).

In der Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Unaufgefordert reichte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 21. Oktober 2015 weitere Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 4 ff.) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin verzichtete hierauf am 23. November 2015 auf Schlussbemerkungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Mai 2016 machte die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer auf eine mögliche Schlechterstellung (reformatio in peius) bei Aufhebung der Verfügung und Rückweisung zu weiteren Abklärungen (BGE 137 V 314) aufmerksam und bot ihm Gelegenheit zur Stellungnahme resp. zum Rückzug der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 9. Juni 2016 an seiner Beschwerde fest.

## **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. Mai 2015 (act. II 125). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht keine höhere als die bisherige Dreiviertelsrente gewährt 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).

**2.2** 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** 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).

**2.4.1** 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).

**2.4.2** 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).

**2.4.3** 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).

**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).

**3.** Im Folgenden ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden, jedoch vom Verwaltungsgericht abgeänderten Verfügung vom 2. September 2013 (act. II 86 resp. 101) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2015 (act. II 125) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsrelevanter Weise zu beeinflussen.

**3.1** Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der neurochirurgisch-psychiatrischen Beurteilung der Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. Gutachten vom 23. August 2012 [act. II 62] und vom 31. Oktober 2012 [act. II 67]; interdisziplinäre Beurteilung vom 8. November 2012 [act. II 68]).

**3.1.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte im neurochirurgischen Gutachten vom 23. August 2012 (act. II 62) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Chronisches lumbales und lumboschialgiformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei
  - LWS Fehlform/-haltung
  - degenerativen LWS-Veränderungen (leichtgradige Osteochondrose, leicht- bis mässiggradige Spondylarthrose, relative Stenose der Neuroforamina L5, angedeutet L3 und L4, flache foraminal/extraforaminale DH L3/4, keine Neurokompression)
  - St. n. Dekompression L5/S1 durch Segmentaufrichtung, interkorporelle Abstützung mit T-PAL-Cage und Spondylodese mit lokalem Knochen, Stabilisierung L5/S1 mit USS polyaxial, Spondylodese posterolateral mit lokalem Knochen, augmentiert mit chronOs (August 2011)
- Zervikales Schmerzsyndrom mit/bei
  - HWS-Fehlform/-haltung
  - degenerativen HWS-Veränderungen (fortgeschrittene Osteochondrose C6/7, Osteochondrose C5/6, leichtgradige Osteochondrose C4/5, leichtgradige Spondylarthrose, Atlantodentalarthrose)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen keine (S. 22). Die bisherige Tätigkeit sei noch während 6 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar; dabei bestehe eine 20-30%ige Leistungsminderung (S. 26). An die Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeiten seien während 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar; dabei bestehe eine 10-20%ige Leistungsminderung (S. 27).

**3.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nannte im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 31. Oktober 2012 (act. II 67) folgende Diagnosen:

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, anankastischen, abhängigen, rigiden und skrupulösen Elementen (ICD-10 F73.1 [richtig: Z73.1])

#### **Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit (ICD-10 Z56)

Differentialdiagnostisch könnten Persönlichkeitsänderungen (ICD-10 F61.1) in Erwägung gezogen werden. Insofern könne von einem komorbiden Leiden ausgegangen werden, wobei Persönlichkeitszüge und depressive sowie Angstsymptome einander verstärken und überlappen könnten (S. 13). Es beständen mittelgradige bis teils stärkere funktionelle Einbussen im Alltag wegen Antriebsverlangsamung, Gehemmtheit, Grübeln, Ermüdungs- und Rückzugstendenz, Ängsten sowie wahrscheinlich durch die depressive Störung verstärkte kognitive Beeinträchtigungen (S. 14). Das Ressourcenpotential sei reduziert und es bestehe eine erhöhte psychische Vulnerabilität. Bei Überforderung könne eine zusätzliche psychische Dekompensation drohen. Aus gutachterlicher Sicht werde eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert (S. 15). Die bisherige Tätigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht während 4.25 Stunden pro Tag an fünf Wochentagen zumutbar; dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (S. 16). Indiziert sei die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung, wobei der erneute Einsatz eines antidepressiven Medikaments zu erwägen sei. Damit könne eine Stabilisierung des aktuellen Zustands erreicht und einer zusätzlichen Dekompensation vorgebeugt werden. Die verbleibenden Fähigkeiten könnten in einer anderen Tätigkeit nicht besser verwertet werden (S. 17).

**3.1.3** In der interdisziplinären Beurteilung vom 8. November 2012 (act. II 68) hielten die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ fest, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ beeinträchtigt. Die bisherige Tätigkeit sowie körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten seien in einem zeitlichen Rahmen von 4.25 Stunden pro Tag an fünf Tagen in der Woche zumutbar; dabei bestehe keine Verminderung der Leistungsfähigkeit. Ausgeschlossen seien körperlich schwere Tätigkeiten, ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, Tätigkeiten, welche die HWS und LWS statisch belasteten, solche mit Haltungs- und Positionsmonotonien von LWS und HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltung der LWS und HWS, insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten, repetitive Arbeiten über Kopf und über Schulterhöhe, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der

LWS und HWS sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg limitiert (S. 4).

**3.2** Zum Gesundheitszustand resp. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2015 (act. II 125) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2014 (act. II 112 S. 2) stellte der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Asthmabronchitis, GOLD Stadium III mit rezidivierenden Infektexazerbationen, letztmals im September 2014, aktuell in ambulanter pneumologischer Rehabilitation
- Komplexes Rückenleiden mit/bei
  - lumbosakraler Anterolisthesis LWK5/SWK1 bei bilateraler interartikulärer Lyse von L5
  - dadurch beidseitig hochgradig osteodiskale Einengung der Neuroforamina L5/S1
  - bilaterale L5 Kompression ist denkbar
  - St. n. M. Scheuermann thorakolumbal
  - links-konvexe Torsionsskoliose
  - Dekompression und instrumentierte Fusion L5/S1
- Ängstlich depressives Syndrom
- Schulterproblem links
  - chronische (traumatische) Rotatorenmanschettenruptur links
  - arthroskopische Subcapsularissehnen- und Supraspinatussehnenrefixation sowie subakromiale Dekompression, miniopen am 28. Oktober 2010
- Chronische Schulterbeschwerden rechts
  - St. n. ossärer Refixation der Rotatorenmanschette und der Bizepssehne rechts, Akromionplastik und Limbusrefixation
- Rezidivierende Infekte z.B. St. n. Bakteriämie mit Staphylococcus aureus RSE (21. April bis 6. Mai 2014)
- Laparoskopische Adhäsiolyse und IPOM am 22. August 2014
- Aktivierte OSG-Arthrose
- Bursitis olecrani sinister

Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, als neue medizinische Befunde seien die laparoskopische Adhäsiolyse, die aktivierte OSG-Arthrose, Bursitis und insgesamt eine Verschlechterung der COPD hinzugeetreten (S. 2). Aus pneumologischer Sicht sei der Patient für körperlich leichte Tätigkeiten in lufthygienisch einwandfreier Umgebung höchstens zu einem Drittel arbeitsfähig. Aufgrund der langen Liste der weiteren Erkrankungen sowohl des Bewegungsapparates wie auch der Psyche und des Herzkreislaufsystems sei eine Arbeitsfähigkeit über 25% nicht mehr realistisch. Seit (mindestens) dem 20. August 2014 liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus diversen Gründen vor (S. 3).

**3.2.2** Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte in der Stellungnahme vom 17. März 2015 (act. II 116 S. 4) folgende Diagnosen:

- COPD, gemäss aktueller Angabe Stadium Gold III
- Chronisches Rückenleiden mit degenerativen Veränderungen der HWS, der BWS und der LWS, mit St. n. Dekompression und Versteifung auf der Höhe L5/S1 2011
- St. n. operierter Rotatorenmanschettenruptur links 2010 und Operation der Rotatorenmanschette rechts 2003
- Ängstlich depressive Symptomatik seit Jahren mit mittelgradig depressiver Episode zur Zeit der Begutachtung 2012
- Zystenniere mit St. n. Pyelonephritis 2009 (Diagnose jetzt: Verdacht auf polycytische Niere)
- Gastro-ösophagealer Reflux
- St. n. Umbilicalhernienoperation (laparoskopisch), anschliessend Reoperation mit Adhäsiolyse
- Adipositas (BMI 31)
- Varusgonarthrose links
- Kardiomegalie, hoher Blutdruck, schlechte Leistung in Spiroergometrie (bei vorzeitigem Abbruch)

Die meisten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Dezember 2014 genannten Diagnosen seien alt und längst bekannt, einige seien aber auch neu. Die Bursitis sei zwar vorbekannt, allerdings sei nicht klar, ob die gleiche Seite gemeint sei und wie sie therapiert worden sei (S. 3). Eine COPD sei bei einem Raucher mit 65pack years nicht verwunderlich und könne eigentlich erwartet werden. Zudem sei die Argumentation seltsam, wenn einem Raucher wegen der entwickelten COPD nur in einwandfreier Luft

und nur in kleinster Belastung Arbeit zugemutet werde, sich dieser die „einwandfreie Luftqualität“ in seinen Rauchpausen jedoch freiwillig abspreche. Die Verschlechterung der COPD könnte durch einen Rauchstopp in gewisser Hinsicht nicht nur aufgehoben, sondern auch verbessert werden. Auch wenn der Versicherte inzwischen ein Stadium Gold III erreicht habe, so sei ihm die bisherige leichte Arbeit weiterhin in demselben Ausmass (halbtags) zumutbar. Betreffend die Vielzahl der Diagnosen gab Dr. med. F. \_\_\_\_\_ an, diese verunmöglichten nicht an sich die Arbeit (im zugemuteten Ausmass), hingegen böten sie genügend Ansätze, um Verhinderungsgründe für die Arbeit darzustellen, sei es durch neue Operationen oder durch die Angabe von Schmerzen, so dass der Versicherte immer wieder krankgeschrieben werden könne. Rein theoretisch seien Arbeiten mit einer Belastung von 10kg nur noch selten zumutbar, solche mit einer Belastung von 3kg könne der Versicherte hingegen häufig ausführen. Dies wirke sich nicht auf die angestammte Tätigkeit als ... aus, diese Arbeit sei wie bisher zumutbar (S. 4 f.).

Im Bericht vom 30. April 2015 (act. II 124 S. 2) bestätigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ihre Ausführungen in der Stellungnahme vom 17. März 2015. Insbesondere präzisierte sie, dass eine gesundheitliche Verschlechterung einzig wegen der Zunahme der COPD eingetreten sei und eine repetitive Belastung mit 10kg eine für die Atmung zu hohe Belastung darstellen würde. Bei einer Lungenproblematik gehe es in erster Linie darum, die Belastung herabzusetzen und nicht die Zeit. 4.5 Stunden am Tag für eine niedrige Belastung seien dem Versicherten durchaus zumutbar (S. 3).

**3.3** 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).

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** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2015 (act. II 125) hauptsächlich auf die Einschätzungen des RAD vom 17. März 2015 (act. II 116 S. 3) und vom 30. April 2015 (act. II 124 S. 2). Darin ging die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ davon aus, dass eine gesundheitliche Verschlechterung aufgrund der Zunahme der COPD zwar eingetreten sei, dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... jedoch weiterhin im gleichen Rahmen zugemutet werden könne.

Die Einschätzung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ beruht allein auf den Akten. Nach der Praxis sind solche Berichte nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Arzt muss sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.

**3.4.1** Zunächst erlauben die vorliegenden Akten keine schlüssige Beurteilung der psychischen Situation: Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Oktober 2012 (act. II 67) attestierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, anankastischen, abhängigen, rigiden und skrupulösen Elementen (ICD-10 Z73.1). Zur weiteren Therapie sah er die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behand-

lung als indiziert und wies darauf hin, dass der erneute Einsatz eines antidepressiven Medikaments zu erwägen sei (act. II 67 S. 12, 15). Demgegenüber nannte der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2014 (act. II 112 S. 2) als psychiatrische Diagnose einzig ein ängstlich depressives Syndrom ohne diese Diagnose medizinisch zu begründen oder deren Verlauf zu erläutern. In der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 17. März 2015 (act. II 116 S. 4) wurde diese Diagnose ohne weitere Ausführungen übernommen. Ein Verlaufsbericht eines Facharztes bzw. ein Bericht des behandelnden Psychiaters befindet sich nicht in den Akten, weshalb der tatsächliche psychische Gesundheitszustand nicht abschliessend beurteilt werden kann.

**3.4.2** Aus somatischer Sicht teilte der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht (act. II 112 S. 2 f.) mit, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, als neue medizinische Befunde seien die laparoskopische Adhäsioolyse, die aktivierte OSG-Arthrose, Bursitis und insgesamt eine Verschlechterung der COPD hinzugetreten. Zu diesen Befunden äusserte sich die RAD-Ärztin kaum. In Bezug auf die Bursitis gab sie an, diese sei schon vorbekannt, allerdings sei nicht klar, ob die gleiche Seite gemeint und wie sie therapiert worden sei (act. II 116 S. 3). Weiter legte sie dar, dass die Verschlechterung der COPD durch einen Rauchstopp in gewisser Hinsicht nicht nur aufgehoben, sondern auch verbessert werden könnte und kam zum Schluss, dass die Vielzahl der Diagnosen nicht an sich die Arbeit (im zugemuteten Ausmass) verunmöglichten, sondern vielmehr genügend Ansätze böten, um Verhinderungsgründe für die Arbeit darzustellen, sei es durch neue Operationen oder durch die Angabe von Schmerzen (act. II 116 S. 4 f.). Gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen lässt sich somit nicht zuverlässig beurteilen, ob und in welchem Ausmass aufgrund der neuen somatischen Befunde Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen (vgl. act. II 116 S. 4). Zudem bleibt die Frage offen, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391) mittels einer zumutbaren Nikotinabstinenz seinen Gesundheitszustand verbessern und seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen könnte.

**3.4.3** Aus dem Dargelegten folgt, dass nicht auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 3 f. Art. 3 f.) kann indessen auch nicht den Einschätzungen des Hausarztes gefolgt werden. So sind diese – wie hiervor dargelegt (vgl. E. 3.4.1 vorstehend) – insbesondere aus psychiatrischer Sicht unvollständig. Zudem legte die RAD-Ärztin in ihren Stellungnahmen (act. II 116 S. 3; 124 S. 3) u.a. aus pneumologischer Sicht nachvollziehbare Argumente gegen die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ dar.

An diesem Ergebnis vermögen die im Beschwerdeverfahren eingereichten weiteren medizinischen Berichte (act. IA 4 ff.) nichts zu ändern, betreffen diese doch erst den Zeitraum nach der hier angefochtenen Verfügung (act. II 125), weshalb sie vorliegend nicht zu berücksichtigen sind. Gleiches gilt bezüglich der Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 30. September 2015 (act. I 3).

#### **4.**

**4.1** Nach dem Ausgeführten steht fest, dass eine aktuelle und umfassende beweiskräftige medizinische Beurteilung sowohl in Bezug auf die Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes als auch im Hinblick auf eine (freie) Prüfung des Rentenanspruchs fehlt. Bei dieser Ausgangslage durfte die Beschwerdegegnerin nicht ohne Einholung eines externen Gutachtens allein gestützt auf die Stellungnahmen des RAD entscheiden. Weil der medizinische Sachverhalt somit nicht rechtsgenügend erhoben wurde, ist die Sache zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen unter Beizug der notwendigen Fachrichtungen. Die Expertise wird insbesondere auch den höchstrichterlichen Anforderungen hinsichtlich der Frage nach revisionsbegründenden Veränderungen zu genügen haben (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. September 2015, 8C\_162/2015, E. 2.2). Zu prüfen ist zudem, ob dem Beschwerdeführer ein Rauchstopp zumutbar ist

und welche Auswirkungen dies auf die Arbeitsfähigkeit hätte; unter Umständen ist in dieser Hinsicht ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen.

**4.2** Gestützt auf das Dargelegte ist die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2015 (act. II 125) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Sachverhaltserhebungen trifft und danach erneut über den Rentenanspruch befindet. Anzumerken bleibt, dass vorliegend das Verfahren gemäss BGE 137 V 314, wonach der Beschwerde führenden Partei auch dann die Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist, wenn eine rentenzusprechende Verfügung aufgehoben und die Sache zu weiterer Abklärung und neuer Entscheidung an die IV-Stelle zurückgewiesen werden soll, durchgeführt und damit dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör gewährt wurde (vgl. prozessleitende Verfügung vom 12. Mai 2016).

## **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 9. Juni 2016 hat Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 1'971.--, Auslagen von Fr. 207.50 und die Mehrwertsteuer in der Höhe von Fr. 174.30 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu be-  
anstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'352.80  
(inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. Mai 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurück-  
erstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'352.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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