

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 1. September 2016 abgewiesen (8C\_345/2016).

**200 15 938 IV**  
KNB/BRM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. April 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Braune

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. September 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Nachdem die mit den Verfügungen vom 4. September 1992 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB; act. II und IIA] act. II 1.1 S. 32 – 39) zugesprochene IV-Rente, revisionsweise bestätigt mit Verfügung vom 14. März 1994 (act. II 1.1. S. 22), infolge veränderter (wirtschaftlicher) Verhältnisse mit – unangefochten gebliebener – Verfügung vom 6. Oktober 1995 aufgehoben worden war, meldete sich der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ am 12. Oktober 2011 erneut zur Beruflichen Integration/Rente bei der IVB an (act. II 2). Der IVB gingen zudem verschiedene medizinische Unterlagen (act. II 3.2) sowie die Akten der Visana (Taggeldversicherer; act. II 3.1) zu. Ferner holte die IVB erwerbliche (act. II 7, 8, 11.1, 11.2) und ärztliche (act. II 12) Unterlagen ein. In der Folge liess die IVB den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur medizinischen Situation Stellung nehmen (act. II 15), gewährte dem Versicherten Beratung und Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes (act. II 16) und holte Berichte im Zusammenhang mit der am 6. Juli 2012 durchgeführten Rückenoperation (act. II 19) sowie weitere Arztberichte (act. II 21.1. 21.2, 23, act. IIA 33) ein.

Auf entsprechende Anfrage (act. IIA 34) empfahl der RAD, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, eine MEDAS-Untersuchung unter Beteiligung der Disziplinen Angiologie ev. Kardiologie, Neurologie, Orthopädie oder Neurochirurgie sowie – bei Verdacht auf Schmerzsyndrom auch – Psychiatrie (act. IIA 35). Das daraufhin bei der PMEDA AG Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen in Auftrag gegebene (vgl. act. IIA 36, 43) Gutachten wurde am 5. Februar 2014 erstattet (act. II 46.1)

### **B.**

Gestützt auf diese Unterlagen ermittelte die IVB einen Invaliditätsgrad von 27% und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 5. März 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. IIA 49).

Auf Einwand des Versicherten, vertreten durch die D.\_\_\_\_\_, vom 31. März (act. IIA 55) bzw. 25. April 2014 (act. IIA 56) holte die IVB die Akten der SUVA (act. IIA 58.1 – 58.3), einen Verlaufsbericht der behandelnden Ärztin, Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (act. IIA 59), ein, gab dem Versicherten Gelegenheit, weitere medizinische Unterlagen einzureichen, wovon dieser am 27. Mai 2014 samt ergänzenden Ausführungen Gebrauch machte (act. IIA 60), und liess sich mittels eines Fragebogens für Arbeitgebende den derzeitigen Arbeitsplatz des Versicherten dokumentieren (act. IIA 64). Sodann gelangte sie mit verschiedenen Rückfragen an die Gutachterstelle PMEDA AG (act. IIA 68); am 28. August 2014 wurde hierzu Stellung genommen (act. IIA 69), die eigentlichen Fragen wurden am 31. März 2015 beantwortet (act. IIA 79.1).

Mit Eingabe vom 15. Dezember 2014 hatte sich die den Versicherten nunmehr im Auftrag der D.\_\_\_\_\_ vertretende Rechtsanwältin F.\_\_\_\_\_ an die IVB gewandt und auf die beigelegten Arztberichte betreffend die psychische und die koronare Situation sowie das im Gutachten nicht berücksichtigte TOS an der rechten Hand hingewiesen, welches nebst der Arthrose am linken Handgelenk für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit wesentlich sei (act. IIA 75).

Anschliessend gelangte die IVB am 21. April 2015 erneut mit Ergänzungsfragen an die PMEDA AG (act. IIA 80); diese wurden am 15. Juni 2015 beantwortet (act. IIA 86).

Mit – denjenigen vom 5. März 2014 ersetzenden und annullierenden – Vorbescheid vom 28. Juli 2015 kündigte die IVB dem Versicherten (wiederum) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades (24%) an (act. II 88) und verfügte, nachdem sie den RAD, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, zu dem am 21. August 2015 erhobenen Einwand (act. IIA 91) hatte Stellung nehmen lassen (act. IIA 95), am 25. September 2015 wie angekündigt (act. IIA 97).

**C.**

Hiergegen lässt der Versicherte, nunmehr vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, Beschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, die Verfügung vom 25. September 2015 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 60% auszurichten, allenfalls unter Rückweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme weiterer Abklärungen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass das PMEDA-Gutachten weder in Kenntnis der Vorakten noch in Kenntnis der aktuellsten ärztlichen Berichte erstellt worden sei und dass die auf ergänzter Aktenkenntnis abgegebene Stellungnahme der Gutachter vom 31. März 2015 weder auf allseitigen Untersuchungen beruhe noch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchte. Nach je zweimaligen Operationen am Herz und an der Halswirbelsäule sei es im Jahre 2011 zu einer gesundheitlichen Zäsur (Leistungsknick) gekommen; zudem habe sich im unfallverletzten linken Handgelenk eine Arthrose sowie am rechten Arm ein TOS entwickelt und es bestünden medizinisch erklärbare Einschränkungen in der HWS. Deshalb könne der Beschwerdeführer heute nur noch 25% seiner effektiven Leistung am Arbeitsplatz erbringen. Unter den gegebenen Umständen könne das von der Beschwerdegegnerin postulierte Zumutbarkeitsprofil nicht aufrecht erhalten werden und es könne entgegen deren Auffassung nicht davon ausgegangen werden, dass keine rentenbegründende Invalidität vorliege. Gerügt wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung ferner die Festsetzung des Valideneinkommens (richtig: Invalideneinkommens) sowie die Bemessung des invaliditätsbedingten Abzuges, welcher unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren mindestens 15% betragen müsse.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. November 2015 beantragt die IVB unter Hinweis auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung die Abweisung der Beschwerde.

## **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** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 25. September 2015 (act. IIA 97). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Nachzugehen ist dabei insbesondere der Frage, ob der Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt ist.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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** 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** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat

(Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

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

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

**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 132 V 93 E. 4 S. 99).

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).

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).

### **3.**

**3.1** Nach Bezug einer ab September 1988 zugesprochenen (vgl. Verfügung vom 4. September 1992 [act. II 1.1 S. 32 – 39]) und mit Verfügung vom 6. Oktober 1995 (act. II 1.1 S. 1 – 3) revisionsweise aufgehobenen Rente hat sich der Beschwerdeführer im Oktober 2011 (act. II 2) erneut zum Leistungsbezug angemeldet und die Ausrichtung einer Rente beantragt. Die IVB hat im Rahmen dieser Neuanmeldung medizinische Abklärungen getroffen.

Sie ist mithin auf die Neuanmeldung eingetreten und hat eine umfassende materielle Prüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen. Der Eintretensfrage ist daher im vorliegenden Verfahren nicht nachzugehen (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Das Eintreten besagt für sich allein jedoch nicht bereits, dass tatsächlich ein Revisionsgrund vorliegt. Ob sich die Situation tatsächlich verändert hat

und falls ja, welche Auswirkungen eine solche Veränderung zeitigt, ist im vorliegenden Verfahren zu prüfen.

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (vgl. Verfügung vom 6. Oktober 1995; act. II 1.1 S. 1 – 3) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**3.2** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.2.1** Im Rahmen des mit der Verfügung vom 6. Oktober 1995 (Rentenaufhebung) abgeschlossenen Revisionsverfahrens konnten offenbar mangels damaliger Behandlungsbedürftigkeit keine Arztberichte beigebracht werden (vgl. act. II 1.1 S. 18); aussagekräftige medizinische Unterlagen im Zeitpunkt der Rentenaufhebung liegen mithin nicht vor. Die Rentenaufhebung erfolgte denn letztlich auch aufgrund der erwerblichen Situation des Beschwerdeführers, welcher seit 1989 in der Firma G. \_\_\_\_\_ angestellt war (Montieren von leichten Hydraulik-Elementen) und im Jahre 1995 – bei einem ohne Gesundheitsschaden möglichen Verdienst von Fr. 4'100.— pro Monat – mit einem vollzeitlichen Pensum einen Lohn von Fr. 2'850.— erzielte.

In medizinischer Hinsicht war damals für die Berentung eine in der Folge eines bei einem Unfall im September 1987 (vgl. act. II 1.2 S. 96) erlittenen Distorsionstraumas aufgetretene schwere Handgelenksinstabilität links (act. II 1.2 S. 90) massgebend, welche durch zweimalige Handgelenkteilarthrodese operativ angegangen wurde (act. II 1.2 S. 88, 85). Nach der Rekonvaleszenz liess die IVB den Versicherten in der Handchirurgie des Spitals I. \_\_\_\_\_ begutachten; im Gutachten vom 11. September 1990 (act. II 1.1. S. 97 – 103) wurden als Diagnosen eine Interkarpalarthrose (luno-capital) links bei Status mit luno-hamato-triquetraler Teilarthrodese bei ulnarer interkarpaler Bandinstabilität, ein Verdacht auf ein Impingement durch Schraubenkopf bei Ulnarduktion sowie ein Verdacht auf sensible

Ulnariskompressionsneuropathie im Bereich der Loge de Guyon festgehalten. Als Zumutbarkeitsprofil wurde definiert, dass Arbeit mit komprimierendem axialem Druck sowie Schlägen auf das linke Handgelenk vermieden werden sollte, für den Patienten somit nur leichtere Tätigkeit wie Feinmechanik oder Botengängen in Frage kämen. Bei Feinarbeit sei er zu 100% arbeitsunfähig und eine Umschulung in diesem Sinn sei zu befürworten. Die Arbeit als ..., welche mit dem Heben von schweren Lasten verbunden sei, scheidet aus. Die psychische und physische Belastbarkeit werde als voll und in der Norm liegend erachtet. Bemerkte wurde ergänzend, dass jede knöcherne Überbrückung von zwei Karpalknochen das Bewegungsausmass der Flexion/Extensionsachse des Handgelenks um ca. 50% einschränke, was indessen nicht zu einer Behinderung führen müsse (normaler täglicher Gebrauch eines gesunden Handgelenks Flexion/Extension 30-0-15°).

**3.2.2** Anlässlich der Neuanschuldung im Oktober 2011 gingen bei der IVB ärztliche Berichte ein, in welchen eine koronare 2-Gefässerkrankung sowie die erfolgte Versorgung beschrieben wurden (act. II 3.2 S. 2 – 13). In ihrem Bericht vom 15. Dezember 2011 hielt die behandelnde Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nebst dieser als weitere Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine seit Juli 2011 bestehende Cervikobrachialgie links bei breitbasiger Diskusprotrusion C 6/7 fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Hypercholesterinämie sowie muskulo-skelettale Thoraxschmerzen. Bezüglich der kardialen Symptomatik sei der Patient wieder gut leistungsfähig, er verspüre keine Atemnot oder Thoraxschmerzen, dagegen beklage er Müdigkeit sowie immer wiederkehrende limitierende Beschwerden in der linken Schulter; entsprechende Abklärungen hätten die Diagnose einer Spinalkanalstenose bei Diskushernie C 6/7 ergeben, eine neurochirurgische Operation sei geplant. Körperlich seien vor allem die Nacken- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den lateralen Oberarmbereich bis in die Finger störend; es bestehe ein deutlicher Nachtschmerz und die Beschwerden würden durch arbeiten verstärkt. Heben von schweren Lasten und über Kopf arbeiten sei nicht möglich, geistige und psychische Einschränkungen bestünden keine. Die bisherige Tätigkeit sei derzeit zu 50% zumutbar (act. II 12 S. 12 ff.).

**3.2.3** Nach erstmaliger ventraler Diskektomie am 6. Juli 2012 mit nicht zufriedenstellendem postoperativem Resultat (act. II 19) wurde anlässlich weiterer Abklärungen ein arterielles Thoracic-outlet-Syndrom rechts festgestellt (act. II 21.2 S. 12) und im März 2013 erneut eine Operation an der HWS durchgeführt (act. IIA 33 S. 3, 38).

**3.2.4** Das auf Empfehlung des RAD in Auftrag gegebene (act. IIA 35) und am 5. Februar 2014 erstattete Gutachten der PMEDA AG hielt als Diagnosen fest:

- internistisch: Koronare Herzkrankheit mit Implantation mehrerer Stents in langstreckigen Stenosen des RIVA und in die RCA im Jahre 2011, die linksventikuläre Funktion wird aktenkundig post-interventionell als gut beschrieben, eine Verlaufskontrolle habe keine erneuten Stenosen gezeigt.
- angiologisch-gefässchirurgisch: Arteriell Thoracic-outlet-Syndrom (TOS) rechts, Erstdiagnose 9/2012.
- neurologisch: Kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion am zentralen und peripheren Nervensystem.
- neurochirurgisch: Klinisch mögliche leichtgradige Wurzelkompression C 6 links.
- psychiatrisch: Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion.

In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit aufgrund eines arteriellen TOS und des postoperativen zervikalen Defektzustandes dauerhaft auf 50% herabgesunken und auch durch therapeutische Massnahmen nicht mehr wesentlich besserbar sei. In einer angepassten Tätigkeit mit körperlich leichter, wechselbelastender oder überwiegend sitzender Arbeit ohne hohen repetitiven Einsatz des – dominanten – rechten Armes sei jedoch von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen; gut geeignet seien zum Beispiel Tätigkeiten an Pforten, im Detailhandel oder in Hol- und Bringdiensten (Postverteiler). Eine gravierende psychiatrische Erkrankung mit erheblichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht, lediglich sei ein Vermeiden von Nacharbeit für weitere 3 Monate zu empfehlen. Deutlich sei in der Begutachtung eine bewusstseinsnahe Aggravati-

on geworden; da jedoch an der organischen Kernstörung kein Zweifel bestehe, sei die definierte Einschränkung gerechtfertigt. Zumutbar sei das Heben und Tragen von Gewichten bis 5 kg, gelegentlich bis 10 kg, wechselbelastende oder überwiegend sitzende Tätigkeit bis 9 Stunden täglich bei unlimitierter Gehstrecke (act. IIA 46.1).

**3.2.5** In einem Verlaufsbericht vom 14. Mai 2014 (act. IIA 59 S. 1 f.) bescheinigte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei unveränderter Diagnosestellung – wofür auf diverse beigelegte Berichte verwiesen wurde – einen stationären bzw. verschlechterten Gesundheitszustand und attestierte seit dem 1. September 2013 bis aktuell eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 75% (vorher 100% Arbeitsunfähigkeit).

**3.2.6** Am 16. April 2014 hatte die Klinik H. \_\_\_\_\_ des Spitals I. \_\_\_\_\_ von persistierenden Zervikobrachialgien nach der Entfernung des Zero-P-Cages im März 2013 sowie von neuen Schmerzen im Nacken bei Elevation des linken Armes mit pseudoradikulärer, teils C 6-Radikulopathie berichtet und die Veranlassung einer MRI der HWS in Aussicht gestellt (act. IIA 60 S. 8 f.).

**3.2.7** Aus dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 geht hervor, dass im Verlauf des Jahres neue Diagnosen hinzugekommen seien, namentlich Angstzustände, eine depressive Verstimmung, Energielosigkeit und Schlafstörungen. Allenfalls werde eine psychiatrische Beurteilung/Therapie notwendig. Bei zunehmenden Beschwerden sei Ende November die Bescheinigung einer 100% Arbeitsunfähigkeit nötig gewesen. Wegen Schonen des rechten Armes infolge des TOS werde die linke Hand wieder vermehrt belastet, was zusätzlich Schmerzen verursache. Bezüglich TOS rechts und Cervikobrachialgie links habe sich keine Veränderung ergeben. Anlässlich einer aufgrund immer wieder auftretender Thoraxschmerzen erneut durchgeführten Koronarangiographie habe wieder ein Gefäss mit einem Stent versorgt werden müssen (act. IIA 75).

**3.2.8** Die ihr am 24. Juli 2014 unterbreiteten Ergänzungsfragen (act. IIA 68) beantwortete die PMEDA AG am 31. März 2015. Es wurde ausgeführt, dass die Fragen 1 bis 3 (1. Seit wann besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr?, 2. Wie hat sich der Grad der Ar-

beitsfähigkeit seither entwickelt?, 3. Welche körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen bestehen und wie wirken sich diese – aufgrund der objektiven und nachvollziehbaren Befunde – zeitlich und leistungsmässig auf a) die angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiter und b) eine optimal angepasste Tätigkeit aus?) bereits im Gutachten vollumfänglich und schlüssig beantwortet worden seien, woran sich aufgrund der nachgereichten Unterlagen nichts ändere. Das Tätigkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten und die diesbezügliche Arbeitsfähigkeit von 100% gelte ex tunc. Die wesentlichen Vordiagnosen in den zur Verfügung stehenden Akten seien vollumfänglich berücksichtigt worden, während die nachträglich eingereichten und die nach der Begutachtung erstellten Berichte naturgemäss nicht haben berücksichtigt werden können; letztere belegten indessen keine weiteren Gesundheitsstörungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den nicht definitiven Einschätzungen der behandelnden Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sei von Seiten der Gutachter begründet Stellung genommen worden, soweit eine abweichende Meinung vertreten worden sei (act. IIA 79.1 insb. S. 16 ff.). Auf nochmalige Rückfrage vom 21. April 2015 seitens der IVB unter Vorlage weiterer nach der Begutachtung erstellter Berichte (act. IIA 80) hielt die PMEDA AG am 15. Juni 2015 fest, dass auch diese nicht geeignet seien, eine Änderung der Beurteilung gemäss Gutachten zu bewirken (act. IIA 86).

**3.2.9** In ihrer im Rahmen der Anhörung zum Vorbescheid vom 28. Juli 2015 abgegebenen Stellungnahme beurteilte die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ das PMEDA-Gutachten mit ausführlicher Begründung als umfassend und schlüssig; alle massgebenden gesundheitlichen Einschränkungen seien darin berücksichtigt worden, sodass es keiner weiteren Abklärungen bedürfe. Auf das gutachterlich definierte Zumutbarkeitsprofil könne uneingeschränkt abgestellt werden.

**3.3** Angesichts der oben zusammengefassten Arztberichte ist eine potentiell rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Herz-, Arm- und Rückenproblematik ausgewiesen. Der Leistungsanspruch ist unter revisionsrechtlichen Aspekten frei zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiervor).

#### 4.

**4.1** In medizinischer Hinsicht hat die IVB die angefochtene Verfügung auf das Gutachten der PMEDA AG vom 5. Februar 2014 samt ergänzenden Stellungnahmen vom 31. März sowie vom 15. Juni 2015 gestützt. Danach ist die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufgrund eines arteriellen TOS und des postoperativen zervikalen Defektzustandes in der angestammten Tätigkeit dauerhaft auf 50% herabgesunken, dagegen ist in einer angepassten Tätigkeit mit körperlich leichter, wechselbelastender oder überwiegend sitzender Arbeit ohne hohen repetitiven Einsatz des – dominanten – rechten Armes von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Dass Gericht hat keinen Anlass, an der Schlüssigkeit dieser gutachterlichen Beurteilung zu zweifeln. Das Gutachten erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4. hiervor). Es beruht auf für die streitigen Belange einlässlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (vgl. nachfolgende Ausführungen) sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Es überzeugt auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. nachfolgende Ausführungen).

**4.2** Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag zu keinem anderen Ergebnis zu führen:

Was den Einwand betrifft, das Gutachten sei ohne Kenntnis der Vorakten erstellt worden, wurde diesem formellen Aspekt jedenfalls mit der Unterbreitung von Ergänzungsfragen auf vervollständigter Aktengrundlage nachträglich Genüge getan, ganz abgesehen davon, dass die bereits früher aufgetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen – worauf in der Stellungnahme der PMEDA AG vom 31. März 2015 zutreffend hingewiesen wird – im Gutachten aufgrund der erhobenen Anamnese sowie der durchgeführten einlässlichen Untersuchungen jedenfalls in die Beurteilung eingeflossen sind. Nach Erstattung des Gutachtens erstellte Arztberichte konnten bei der Beurteilung naturgemäss nicht berücksichtigt werden. Ferner

waren die Akten der Erstanmeldung für die Beurteilung der aktuellen Einschränkung in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit – entgegen der offensichtlichen Auffassung des Beschwerdeführers – insofern entbehrlich, als der Beschwerdeführer während mehr als sechs Jahren (vermutungsweise nämlich schon vor der revisionsweisen Rentenaufhebung; act. II 1.1 S. 1 – 3) rentenausschliessend erwerbstätig war und er sich aufgrund neu aufgetretener gesundheitlicher Beschwerden und nicht wegen allfällig persistierenden bzw. verstärkten Beschwerden im unfallbedingt geschädigten Handgelenk erneut bei der Invalidenversicherung angemeldet hat. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bzw. der ergänzenden Stellungnahmen wurden letztlich sämtliche medizinisch relevanten Aspekte, welcher es zur Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter medizinischen Gesichtspunkten bedurfte, hinreichend berücksichtigt. Insbesondere haben die Gutachter auch die anamnestisch erhobene Situation (act. IIA 46.1 S. 10 vorletzter Absatz) am linken Handgelenk in ihre Einschätzung mit einbezogen (vgl. act. IIA 46.1 S. 23, 25). Im Übrigen befassten sich die hier vom Beschwerdeführer als nicht berücksichtigt gerügten Arztberichte schwergewichtig mit der Herz- und HWS-Problematik sowie den Beschwerden am rechten Arm, sodass die medizinische Situation mit Blick auf die Begutachtung bei der PMEDA AG gut dokumentiert war; die residuellen Beschwerden am linken Handgelenk, welche beschwerdeweise als wesentlicher wechselwirkender Faktor der nunmehr bestehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit dargestellt werden, standen auch nach dem genannten Arztbericht nicht im Vordergrund, sondern wurden teilweise sogar lediglich als Nebendiagnosen geführt (vgl. act. IIA 59 S. 4 ff., 60 S. 4 ff., 65 S. 3 ff. und 75 S. 3 – 6). Immerhin war der Beschwerdeführer denn auch in der Lage bis zum Auftreten der neuen gesundheitlichen Probleme im Jahre 2011 ein volles Pensum bei seiner langjährigen Arbeitgeberin zu leisten (act. II 7).

Nach Vorlage weiterer Unterlagen haben die begutachtenden Ärzte zu den Ergänzungsfragen der IVB (act. IIA 61) am 31. März 2015 Stellung genommen und ihre bisherige Beurteilung auch im Lichte der nachgereichten Unterlagen bestätigt. Vor allem wurden dabei – sowohl nach den anlässlich des Gutachtens verfügbaren wie auch nach den nunmehr vorliegenden Berichten – dauerhafte unfallbedingte Verletzungen, die eine generelle Ar-

beitsunfähigkeit rechtfertigten, ausgeschlossen; die im Gutachten zitierten Berichte hätten letztlich keine residuelle Behinderung im Bereich der linken Hand (oder des Beins) beschrieben. Hieraus kann – anders als der Beschwerdeführer dies darstellt – nicht abgeleitet werden, es sei eine wesentliche Gesundheitsstörung nicht berücksichtigt worden. Dies umso weniger, als im Gutachten ausdrücklich auf fehlende Anzeichen einer Inaktivität der linken Hand (keine Athrophie, seitengleiche Beschwielung der Hände) hingewiesen worden ist. Soweit beanstandet wird, die Gutachter hätten sich nicht mit den berechtigten Einwänden des Beschwerdeführers auseinandergesetzt, ist festzuhalten, dass es in erster Linie Aufgabe der begutachtenden Ärzte ist, den Gesundheitszustand des Exploranden aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie eigener Untersuchungen festzustellen und dazu Stellung zu nehmen, welche Tätigkeiten und in welchem Mass solche aus medizinischer Sicht noch zumutbar bzw. nicht mehr zumutbar sind (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

Unter den gegebenen Umständen bedurfte es für die Stellungnahme der PMEDA AG vom 31. März 2015 keiner weiteren Untersuchung des Patienten. Nicht auszumachen ist schliesslich, inwiefern das in der Beschwerde behauptete Ignorieren der Notwendigkeit beruflicher Eingliederung sowie eines sozialen Arbeitgebers nach der unfallbedingten Verletzung der linken Hand durch die Gutachter am Ergebnis der Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation etwas zu ändern vermöchte. Die heute auftretenden Beschwerden in der linken Hand wurden letztlich auf die Problematik an der HWS zurückgeführt (vgl. Bericht Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 7. September 2015; act. IIA 95), welche jedenfalls zusammen mit den übrigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei der Definition des Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt wurde.

**4.3** Nach dem oben Gesagten ist vom schlüssigen Gutachten der PMEDA AG vom 5. Februar 2014 auszugehen und auf das darin definierte Zumutbarkeitsprofil, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei (vgl. E. 3.2.4 hiervor), abzustellen.

**4.4** Der auf der Grundlage dieser medizinischen Vorgaben durchgeführte Einkommensvergleich zur Bestimmung des Invaliditätsgrades, welcher

eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von 24% ergeben hat, ist nicht zu beanstanden. Die IVB ist bei der Festlegung des Valideneinkommens von den Angaben der – soweit ersichtlich nach wie vor aktuellen – Arbeitgeberin im Fragebogen vom 4. November 2011 (act. II 7) betreffend das Jahr 2010 ausgegangen und hat den entsprechenden Betrag auf das Jahr 2012 indexiert. Dies gibt zu keinen Bemerkungen Anlass und wird auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht bestritten.

Dagegen bestreitet der Beschwerdeführer die Bemessung des – wenn auch fälschlicherweise als Valideneinkommen bezeichneten – Invalideneinkommens. Es sei nicht nachvollziehbar, wenn die IVB im Vorbescheid vom 5. März 2014 einen Betrag von Fr. 63'366.— und in der vorliegend angefochtenen Verfügung einen solchen von Fr. 65'177.— (jeweils ohne Abzug) heranziehe.

Diese Differenz lässt sich zwanglos dadurch erklären, dass im Rahmen des genannten Vorbescheides auf den massgebenden Tabellenwert der Lohnstrukturhebung (LSE) 2010 abgestellt und dieser auf das Jahr 2012 indexiert wurde. Demgegenüber hat die IVB das Invalideneinkommen bei Erlass der angefochtenen Verfügung grundsätzlich zu Recht anhand der aktuellen – seinerzeit aber noch nicht verfügbaren – LSE 2012 bemessen. Die Differenz wirkt sich indessen, wie ein Vergleich der Berechnungen zeigt, nicht relevant auf den Invaliditätsgrad aus, und zwar selbst dann nicht, wenn auf dem auf der Grundlage der LSE 2010 ermittelten Invalideneinkommen der vom Beschwerdeführer beschwerdeweise postulierte Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 15% vorgenommen würde, was einen Invaliditätsgrad von 31.03% ( $62'366.— \times 0.85$  gemessen am Valideneinkommen von 76'864.—) ergäbe.

Weitergehende Bemerkungen in diesem Zusammenhang erübrigen sich mithin.

**4.5** Angesichts der obigen Ausführungen erweist sich die Beschwerde als offensichtlich unbegründet und ist mithin abzuweisen.

**5.**

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

Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.— festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung; auch die obsiegende IVB hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - 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.