

200 16 607 IV
SCI/FRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. August 2016

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 22. Dezember 2010 unter Hinweis auf eine Erkrankung der Halswirbelsäule erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere sprach sie dem Versicherten ein Arbeitstraining bei der C._____ AG sowie eine Weiterausbildung ... zu (AB 29 und 35). Mit Verfügung vom 26. September 2012 verneinte sie den Anspruch auf eine IV-Rente bei einem IV-Grad von 5% (AB 38).

B.

Am 27. Februar 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 39). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen im Sinne von Beratung und Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes (AB 55) und holte eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (AB 67). Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2013 stellte sie dem Versicherten bei einem IV-Grad von 41% die Ausrichtung einer Viertelsrente in Aussicht (AB 68). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (AB 71), woraufhin die IVB Berufsberatung gewährte (AB 79), erneut Stellungnahmen beim RAD einholte (AB 84 und 90) und eine Begutachtung ankündigte. Nachdem sich der Versicherte mit der Begutachtungsstelle L._____ (MEDAS), als nicht einverstanden erklärt hatte (AB 94), verfügte die IVB (AB 109) die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens beim MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 24. September 2015; AB 128.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren, in dem verschiedene zusätzliche Arztberichte eingereicht wurden (AB 130; 133; 143 f.; 147) und die IVB eine weitere Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (AB 150) verneinte sie mit Verfügung vom

25. Mai 2016 den Anspruch auf eine IV-Rente bei einem IV-Grad von 30% (AB 152).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 27. Juni 2016 Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Vorinstanz vom 25. Mai 2016 sei aufzuheben.
2. Dem Versicherten seien Leistungen nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 57% auszurichten.
Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Mai 2016 (AB 152). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

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

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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neu-

meldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades 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 IV-Grad 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 27. Februar 2013 (AB 39) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist hingegen, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 26. September 2012 (AB 38) und der hier angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2016 (AB 152) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.2 In medizinischer Sicht stützte sich die Verfügung vom 26. September 2012 (AB 38) massgeblich auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 9. Juli 2012 (AB 34) sowie auf die Berichte von PD Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. Mai und 8. Juli 2011 (AB 19 S. 3 ff.). Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine intermittierende Cervicalgie mit/bei einem Status nach Bandscheibenprotheseneinsatz (Diskektomie) C6/7 am 20. Januar 2011 sowie bekannter fortgeschrittener Osteochondrose C4/5 und C5/6 diagnostiziert (AB 34 S. 2). Dem Beschwerdeführer wurde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... attestiert (AB 19 S. 3 f. und S. 5 f.; 34 S. 2). Limitierend seien dabei nicht nur die verminderte Be-

lastbarkeit für das Heben / Tragen von Lasten, sondern auch die eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und der Umstand, dass dem Beschwerdeführer Tätigkeiten in gebückter Haltung, Zwangsposition respektive längere Überkopfarbeiten nicht mehr zugemutet werden könnten (AB 34 S. 2). Eine angepasste Tätigkeit ohne Arbeiten in gebückter Haltung / Zwangsposition respektive ohne längere Überkopfarbeiten und ohne repetitives Heben / Tragen von Lasten über 10-15 kg vor dem Bauch, aber nicht über Brusthöhe, könne dem Beschwerdeführer in einem ganztägigen Pensum ohne Leistungsminderung zugemutet werden (AB 34 S. 3).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2016 (AB 152) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Bericht vom 31. März 2013 (AB 51 S. 7) führte PD Dr. med. E. _____ aus, die neuen MRI-Bilder der Halswirbelsäule zeigten natürlich nach wie vor die bekannten degenerativen Veränderungen der Bandscheiben C4/5 und C5/6 mit auch den bekannten Vorwölbungen, man habe auch den Eindruck, dass insbesondere auf der Etage C4/5 eine gewisse Zunahme der Vorwölbung vorliege, allerdings im Vergleich zu den Voraufnahmen von 2010 nicht massiv. Im operierten Bereich C6/7 erschienen die Verhältnisse regelrecht. Insgesamt müsse die erneute Zunahme der Beschwerden wohl auf die Veränderung der Nachbaretagen zurückgeführt werden, es sei auch denkbar, dass über die Vorwölbung der Bandscheiben hier wieder Nervenwurzelreizungen entstünden. Für den nächsten therapeutischen Schritt wäre wohl am ehesten an eine Infiltrationstherapie zu denken, dies insbesondere für die Etage C4/5 foraminal links.

3.3.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juni 2013 (AB 60 S. 1 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Daumensattelgelenksarthrose links (S. 1). Zum Befund führte er aus, es bestehe eine schmerzhafte radiale Subluxationsstellung des linken Daumensattelgelenkes. Radiologisch zeige sich eine Daumensattelgelenksarthrose. Nach einer operativen Behandlung am 18. Oktober 2012 beständen ein zeitgerechter Verlauf und ein gutes funktionelles Ergebnis. An der linken Hand bestehe eine Bewegungseinschränkung des Daumens, beim Gegengriff mit Kraftminderung. Bezüglich der HWS-Problematik beständen entsprechende Beschwerden, hinsichtlich der Leistungsfähigkeit

im Bereich beider oberer Extremitäten sei die berufliche Tätigkeit beschränkt. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit habe vom 18. Oktober 2012 bis am 17. Januar 2013 bestanden. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell zu 50% zumutbar (S. 2).

3.3.3 PD. Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 17. Oktober 2014 (AB 122 S. 2 f.) nach erfolgter Sprechstunde mit dem Beschwerdeführer aus, es liege keine spezifische Klopf- oder Druckdolenz im HWS-Bereich vor, die Beweglichkeit sei endgradig in allen Richtungen eingeschränkt, die Reklination sei unangenehm. Die volle Inklination allerdings ebenso. Er habe mit dem Beschwerdeführer nochmals theoretische Möglichkeiten weiterer Infiltrationen und konservativer Therapiemassnahmen besprochen, eine klare Indikation für eine nochmalige Intervention, die dann eine 2-Etagen-Fusion beinhalten würde, sehe er auch heute eigentlich nicht. Ziel müsse im Prinzip sein, dass der Beschwerdeführer an seine Tätigkeit und seinen Alltag möglichst gut adaptiert sei und mit entsprechenden konservativen Therapiemassnahmen so geführt werde, dass die entsprechende Arbeitsfähigkeit auch erhalten bleibe. Daher seien im Moment keine weiteren spezifischen Massnahmen geplant und sie hätten auch keine zusätzlichen Termine vereinbart (S. 3).

3.3.4 Das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 24. September 2015 (AB 128.1) basiert auf psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung beider Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 20 Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Nacken-Schulter-Arm-Handbeschwerden der adominanten linken Seite (ICD-10 M54.2/M79.60/Z98.8)
 - Status nach foraminaler Infiltration HWK5/6/7 links am 1. Oktober 2010
 - Status nach ventraler Diskektomie HWK6/7, Dekompression des Spinalkanals sowie foraminal links und Prothesenimplantation HWK6/7 am 21. Januar 2011
 - Status nach foraminaler Infiltration HWK4/5 links am 4. April 2013

- Radiologisch mässige Osteochondrose HWK4/5/6 und Diskusprotrusion HWK4/5 ohne klaren Hinweis für Neurokompression (Röntgen vom 7. März 2013 und MRI vom 23. März 2013)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- o Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- o Symptomatische Arthrose des Grosszehengrundgelenkes und Hallux rigidus beidseits (ICD-10 M19.07/M20.2)
 - Radiologisch ausgeprägte Arthrose (Röntgen vom 20. April 2015)
- o Status nach Resektions-Suspensions-Arthroplastik nach Epping am 19. Oktober 2012 bei Rhizarthrose links (ICD-10 Z98.8)
- o Status nach Resektions-Suspensions-Arthroplastik nach Epping am 24. Juli 2015 bei Rhizarthrose rechts (ICD-10 Z98.8)
- o Chronisch intermittierende Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8)
 - Anamnestisch Status nach präpatellärer Bursektomie zirka 2005
 - Status nach präpatellärer Bursektomie am 27. August 2009

Aus psychiatrischer Sicht wurde von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ausgeführt, der Beschwerdeführer arbeite nach wie vor ganztags in der Gelegentlich leide er unter Durchschlafstörungen. Er habe am morgen keine Mühe aufzustehen. In seiner Freizeit ... und renoviere auch sein altes Haus, welches er 2010 gekauft habe. Die Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen Töchtern sei sehr gut. Er pflege auch regelmässig Kontakte zu seinen Familienangehörigen, zu Kollegen und Freunden. Weiter führte der Gutachter aus, bei der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer traurig gewesen, habe geweint, als er über die ungewisse Zukunft berichtet habe. Die Stimmungslage sei auch etwas herabgesetzt, depressiv gewesen. Es könne die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt werden. Diese sei ausgelöst worden durch die chronischen Schmerzen und die ungewisse berufliche und wirtschaftliche Zukunft. Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Episode fehlten (S. 12 Ziff. 3.4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hinweise auf eine

wesentliche psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden lägen nicht vor (S. 13 Ziff. 3.5).

In orthopädischer Hinsicht führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, aus, aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: der ebene Gang sei mitsamt den geprüften Varianten unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich thorakolumbal eine weitgehend freie und zervikal deutlich eingeschränkte Beweglichkeit. An den Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung, lediglich an den Grosszehengrundgelenken liege bei Hallux rigidus eine erhebliche Einschränkung vor. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei ausgezeichneter Kooperation problemlos und offensichtlich ohne höhergradigen Leidensdruck durchgeführt werden. Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. So könnten eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitgehend ausgeschlossen werden. Auf radiologischer Ebene bestünden mässige Osteochondrosen HWK4/5/6 und eine Diskusprotrusion HWK4/5 bei regelrecht liegender Diskusprotrusion HWK6/7 ohne Hinweis für Lockerung, Instabilität oder Neurokompression. Es bestünden deutliche Arthrosen der Grosszehengrundgelenke. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die an den Vorfüssen beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde vollumfänglich begründen liessen und auch bezüglich der Halswirbelsäule ein gewisser Leidensdruck aufgrund genannter Degeneration nachvollziehbar sei. Die sehr inkonstant präsentierte und schliesslich fehlende Kraftminderung an der linken oberen Extremität lasse dabei aber an eine gewisse nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Zu betonen sei dabei die erhebliche Beschwiellung der Hände, welche mit einer längerdauernden Schonung derselben keinesfalls vereinbar sei. Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, die Tätigkeit als ... könne als die angestammte angesehen werden. Für diese Tätigkeit ebenso wie für andere körperlich mittel-schwere und schwere Verrichtungen bestehe eine bleibende und vollständige

dige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung einschliesslich der aktuell ausgeübten Tätigkeit bestehe dagegen aus rein orthopädischer Sicht spätestens sechs Monate nach dem am 24. Juli 2015 durchgeführten Handeingriff eine Arbeitsfähigkeit von 90% bei ganztägigem Pensum mit um 10% reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfes. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus sowie Überwinden längerer Gehstrecken sollten dabei vermieden werden (S. 18 f. Ziff. 4.4 f.).

In der bidisziplinären Zusammenfassung führten die Gutachter aus, beim Beschwerdeführer sei für körperlich belastende und nicht adaptierte Tätigkeiten ab September 2010 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten könne ab jenem Zeitpunkt die 90%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestätigt werden. Aus orthopädischer Sicht böten sich derzeit keine spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen an. Aus psychiatrischer Sicht könne auf die ambulante Behandlung verwiesen werden, weitere Massnahmen seien nicht vorzuschlagen. Berufliche Massnahmen seien insofern nicht vorzuschlagen, als dass der Beschwerdeführer mit seiner 50%igen Tätigkeit, dies neben der Hausrenovation, ausgelastet erscheine. Davon zeugten auch die erheblichen Gebrauchsspuren seiner Hände (S. 21 Ziff. 6).

3.3.5 Im Bericht vom 7. März 2016 (AB 147 S. 12 f.) führte PD. Dr. med. E. _____ aus, die MRI-Bilder vom 1. Februar 2016 zeigten eine fortgeschrittene Osteochondrose der Etagen C4/5 und C5/6 mit auch einer relativen Spinalkanalstenose ohne Zeichen der Myelopathie im Myelon. Da der Beschwerdeführer doch subjektiv vermehrt neurologische Symptome empfinde im Sinne auch von Kribbelparästhesien an den Händen etc., halte er in der jetzigen Situation eine neurologische Kontrolluntersuchung für wichtig (S. 12).

3.3.6 Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 22. März 2016 (AB 144 S. 7 f.) eine Grundgelenksarthrose/Hallux rigidus beidseits sowie einen Status nach Epping-Plastik bei Daumensattelgelenksarthrose beidseits. Zum Befund führte er aus, an beiden Grosszehen-

grundgelenken zeige sich weiterhin eine deutliche Verplumpung der Gelenke. Die Fusspulse seien noch tastbar, die Beweglichkeit im Grosszehengrundgelenk sei beidseits deutlich eingeschränkt, fast wackelsteif. Die beklagten Beschwerden an den Füßen hätten sich mittlerweile durch die verordneten Schuhzurichtungen etwas gebessert, seien insgesamt aber doch noch sehr gravierend. Insofern bestehe weiterhin prinzipiell eine Operationsindikation. Mittlerweile tendiere er doch auf Grund des fortgeschrittenen Befundes eher zu einer kompletten Arthrodese der Grosszehengrundgelenke. Momentan möchte sich der Beschwerdeführer noch nicht operieren lassen (S. 7).

3.3.7 Im Bericht vom 26. März 2016 (AB 143) diagnostizierte der behandelnde Psychiater, Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeine Innere Medizin FMH, insbesondere eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) bei cervikobrachialem Schmerzsyndrom links sowie differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F33.1). Der Psychiater führte aus, seit dem 31. August 2014 sei der Beschwerdeführer weiterhin zu Gesprächen gekommen, wobei das Intervall bis auf drei Monate verlängert worden sei, da sich an der Situation des Beschwerdeführers aufgrund der primär somatischen Problematik und des laufenden IV-Verfahrens aus psychiatrischer Sicht nichts habe verändern lassen (S. 1). Die Mitte Dezember 2015 mitgeteilte, zu erwartende, vor Abschluss aller notwendigen somatischen Behandlungen erfolgte, standardmässige gutachterliche Beurteilung des MEDAS, er sei für leichte, angepasste Tätigkeiten zu 90% arbeitsfähig, habe den Beschwerdeführer enorm unter Druck gesetzt, weil der Arbeitgeber danach habe durchblicken lassen, dass er unter diesen Umständen nicht mehr bereit sei, den Beschwerdeführer weiter zu beschäftigen. Mit der psychiatrischen Behandlung/Betreuung lasse sich diese Negativspirale leider nicht verhindern und müsse wohl als systemimmanent hingenommen werden, werde aber letztlich dazu führen, dass ein motivierter, fähiger Berufsmann in eine psychische, soziale und finanzielle Misere gestossen und letztlich in die vollständige Arbeitsunfähigkeit gezwungen werde (S. 2).

3.3.8 Nachdem Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie FMH, den Beschwerdeführer untersucht hatte, stellte er im Bericht vom 31. März 2016 (AB 147 S. 3 ff.) fest, dass klinisch keine Hinweise für eine neu aufgetretene Myelopathie bestünden. Vereinbar damit zeige sich auch in der bereits am 1. Februar 2016 durchgeführten MRI-Untersuchung der HWS keine eindeutig nachweisbare Myelopathie. Allerdings habe sich in der ergänzend durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung des N. medianus beidseits eine linksbetonte leichtgradige verlängerte distale motorische Latenz beidseits gezeigt, was prinzipiell mit einem leichtgradigen motorischen Karpaltunnelsyndrom beidseits vereinbar sei und als Teilsymptomatik insbesondere der nächtlichen Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich der Hände in Frage komme. Er habe die Situation mit dem Beschwerdeführer eingehend besprochen und empfehle hinsichtlich einer möglichen Komponente durch ein leichtgradiges linksbetontes Karpaltunnelsyndrom beidseits einen Behandlungsversuch mit nächtlich getragenen Handgelenkschienen beidseits. Zusätzlich sei es aus seiner Sicht empfehlenswert, die bestehende physiotherapeutische Unterstützung konsequent weiterzuführen und insbesondere auch auf selbständig durchgeführte Übungen zu achten, welche der Beschwerdeführer täglich umsetzen könne (S. 4 f.).

3.4 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).

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 Situa-

tion 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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2016 (AB 152) massgeblich auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 24. September 2015 (AB 128.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Die Gutachter stellten schlüssig und nachvollziehbar fest, dass ab September 2010 für körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung einschliesslich der aktuell ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90% bei ganztägigem Pensum mit um 10% reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfes besteht (AB 128.1 S. 19 f. Ziff. 4.5 und S. 21 Ziff. 6). Darauf ist abzustellen.

3.6 Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, dass sich die Gutachter bei ihrer Beurteilung auf alte Beurteilungsgrundlagen – insbesondere Röntgenbilder und MRI – stützten (Beschwerde S. 5), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn der Orthopäde hat sich mit den bildgebenden Abklärungen einlässlich auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb „In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes ... auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet“ wird (AB 128.1 S. 18 Ziff. 4.4). Dies ist mit Blick auf die weiteren Akten wie auch die mit solchen Abklärungen verbundenen weiteren Belastungen des Körpers nicht zu beanstanden. Dabei ist insbesondere auch zu

beachten, dass selbst die behandelnden Ärzte es bis zum Begutachtungszeitpunkt im August 2015 offensichtlich nicht für nötig erachtet haben, weitere solche Abklärungen vorzunehmen. So hat PD. Dr. med. E. _____ im Oktober 2014 nach erfolgter Sprechstunde mit dem Beschwerdeführer angegeben, dass keine weiteren Massnahmen geplant und auch keine zusätzlichen Termine vereinbart sind (AB 122 S. 3). Es ist nicht Aufgabe der Gutachter, sondern der behandelnden Ärzte, die notwendigen Abklärungen zu bezeichnen und vorzunehmen. Den Gutachtern kommt die Aufgabe zu, darauf hinzuweisen, wenn die Abklärungen der behandelnden Ärzte aus medizinischer Sicht nicht genügen, wobei dies vorliegend nicht notwendig war. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 6), waren die anlässlich der Begutachtung geschilderten Beschwerden auch bereits den behandelnden Ärzten bekannt und in deren Berichten erwähnt. Dies gilt auch für die vom Beschwerdeführer geschilderten neurologischen Ausfälle wie Kribbelparästhesien und Kraftverminderung am linken Arm bzw. der linken Hand, die PD Dr. med. E. _____ im Oktober 2014 in seinem Bericht erwähnt hat, aufgrund derer er indessen keine weiteren Untersuchungen für nötig erachtete (AB 122 S. 2). Dabei sind Orthopäden (behandelnde Ärzte sowie Gutachter) verpflichtet und ohne weiteres in der Lage, solche Prüfungen (zumindest in den Ansätzen) selbst vorzunehmen, um die Notwendigkeit einer Weiterweisung (an einen neurologischen Facharzt) zu erkennen.

3.7 Nichts an der Massgeblichkeit der gutachterlichen Beurteilung ändern die im Vorbescheidverfahren eingereichten weiteren Arztberichte mit Datum Februar bis April 2016 (AB 139 ff.).

3.7.1 So hat der behandelnde Psychiater, Dr. med. J. _____, die nach wie vor langen Behandlungsintervalle – inzwischen findet nur noch alle drei Monate ein Gespräch statt – bestätigt (AB 143 S. 1). In psychiatrischer Hinsicht attestiert er nichts Neues. Vielmehr erscheint seine Stellungnahme als advokatorisch und insofern er das MEDAS-Gutachten in somatischer Hinsicht (fachfremd) kritisiert, nicht begründet.

3.7.2 Obschon der behandelnde Orthopäde, Dr. med. I. _____, hinsichtlich der Extremitäten (Grundgelenksarthrose/Hallux rigidus beidseits sowie Daumensattelgelenksarthrose beidseits; AB 144 S. 7) eine gewisse

Verschlechterung attestiert, ist nicht ersichtlich, inwiefern diese Feststellungen bereits weitere massgebliche Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit mit sich bringen würden. Diese Gesundheitsschäden waren denn auch den Gutachtern bekannt und wurden als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (AB 128 S. 18 und 20). Zumal der Beschwerdeführer sich trotz offenbar bestehender Operationsnotwendigkeit einer solchen nicht unterziehen will (AB 144 S. 7; 144 S. 3), dies bei hohem ausserberuflichem Aktivitätsniveau (Renovation des 2010 gekauften Hauses; AB 128.1 S. 11).

Die Ausführungen des behandelnden Orthopäden im IV-Arztbericht (AB 144 S. 2) belegen seit 2015 grundsätzlich gleiche Befunde.

3.7.3 Schliesslich ändern auch die inzwischen erfolgten weiteren bildgebenden Abklärungen nichts. Im MRI der HWS vom 1. Februar 2016 (AB 147 S. 14) wurden die bereits bekannten pathologischen Befunde erhoben, die jedoch insbesondere eine Kompression des Myelons ausschlossen. In der Folge hat auch der behandelnde PD Dr. med. E. _____ deutlich auf eine klinisch unveränderte Beschwerdesymptomatik hingewiesen, jedoch den Beschwerdeführer wegen subjektiv vermehrt neurologischer Symptome an einen Neurologen überwiesen (AB 147 S. 12). In der neurologischen Untersuchung hat Dr. med. K. _____ allein Hinweise auf ein leichtgradiges motorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits gefunden. Dies führte dann jedoch nicht zur unmittelbaren Operationsindikation sondern vielmehr zur Empfehlung für das nächtliche Tragen von Schienen sowie Physiotherapie (AB 147 S. 4 f.). Weitere neurologische Abklärungen wurden nicht vorgesehen. Daraus kann auch retrospektiv nicht auf eine mangelhafte Beurteilung durch die Gutachter geschlossen werden. Vielmehr bestätigt auch dieser neuste neurologische Bericht die Korrektheit der gutachterlichen Beurteilung.

3.7.4 Nach dem Dargelegten wurden auch nach der Begutachtung von den behandelnden Fachärzten keine Anhaltspunkte dafür geliefert, dass die bildgebenden und klinischen Befunde, wie sie den Gutachtern vorlagen, im Begutachtungszeitpunkt wie auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht in Übereinstimmung stehen würden. Es bestehen damit keine Anzeichen dafür, dass auf die gutachterliche Beurteilung des Leistungsprofils

nicht abgestellt werden könnte. Dass die behandelnden Ärzte im Ergebnis dem Beschwerdeführer etwas höhere Einschränkungen attestieren, ändert nichts, denn in Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.8 Das Leistungsprofil des Beschwerdeführers hat sich gemäss beweiskräftigem MEDAS-Gutachten seit September 2010 nicht verändert (AB 128.1 S. 21 Ziff. 6). Damit bleibt fraglich, ob sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 26. September 2012 (AB 38) überhaupt eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingestellt hat, die geeignet ist, den IV-Grad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 und 3.1 hiervor). Wie es sich damit verhält kann jedoch offen bleiben, da selbst bei umfassender Prüfung des Rentenanspruchs, kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. E. 4.6 hiernach).

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).

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 pflichtgemäßem 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

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).

Unter Berücksichtigung des bereits vor der Neuanschuldung abgelaufenen Wartejahres und der Anmeldung im Februar 2013 (AB 39) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf August 2013 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.4 Der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit weiterhin in einem 100%-Pensum als ... tätig, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzusetzen ist. Abzustel-

len ist dabei auf den Lohn des Jahres 2008, welcher gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) Fr. 70'986.— betrug. Es handelt sich dabei um den höchsten je erzielten Lohn ohne die seit langem (gesundheitsfremd) aufgegebenen ... (AB 11; 12; 56). Aufindexiert auf das Jahr 2013 (vgl. E. 4.3 hiervor) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 74'628.15 (Fr. 70'986.-- / 104.8 x 107.7 / 100 x 102.3 [Bundesamt für Statistik {BFS}, Nominallöhne Männer 2006 – 2010, Tabelle T1.1.05, lit. F {Baugewerbe} bzw. Nominallöhne Männer 2011 – 2015, Tabelle T1.1.10, lit. F. {Baugewerbe/Bau}]).

4.5 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit bei einem ganztägigen Pensum zu 90% arbeitsfähig, wobei die Leistungseinschränkung von 10% aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs neben den regulären Pausen besteht (AB 128.1 S. 19 f. Ziff. 4.5 und S. 21 Ziff. 6). An der aktuellen Arbeitsstelle bei der C. _____ AG ist der Beschwerdeführer zwar eingegliedert, verwertet die massgebliche medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit jedoch nicht hinreichend. Soweit er vorbringt, es sei auf den konkreten Lohn des jetzigen Arbeitgebers, der die geringere Leistungsfähigkeit lohnrelevant zu 50% in Abzug bringt, abzustellen (Beschwerde S. 11 f.), kann ihm aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Denn allfällige rein wirtschaftliche Überlegungen haben hier keine Rolle zu spielen.

Da der Beschwerdeführer die Restarbeitsfähigkeit nicht hinreichend verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2012 zu ermitteln (vgl. E. 4.2 hiervor). Das Invalideneinkommen wird gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festgelegt. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das massgebliche Jahr 2013 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- / 40 x 41.7 x 12 / 101.7 x 102.5; BFS, Nominallöhne Männer 2011 - 2015, Tabelle T1.1.10, Totalwert) im Jahr. Der von der Beschwerdegegnerin gewährte LSE-Abzug von 10% (AB 152) ist unter den gegebenen Umständen (90%ige Arbeitsfähigkeit mit Beschränkung auf leichtere Tätigkeiten) gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung des LSE-

Abzuges und der 90%-igen Leistungsfähigkeit, ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 53'208.75 (Fr. 65'689.80 x 0.9 x 0.9).

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'628.15 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'208.75 resultiert ein IV-Grad von gerundet 29% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Es besteht damit kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.