

200 17 848 IV  
FUR/SHE/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. September 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. August 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. Mai 2003 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Nach durchgeführten Abklärungen verfügte diese am 23. Dezember 2004 (act. II 26) die Abweisung des Leistungsbegehrens. Mit Einspracheentscheid vom 3. Juni 2005 (act. II 38) bestätigte sie die Verfügung insoweit, als darin ein Rentenanspruch verneint wurde. Die dagegen eingereichte Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 27. September 2005, IV 65740 (act. II 44), ab. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht [BGer]), bei welchem der Versicherte Beschwerde erhob (act. II 46/2), wies die Sache mit Entscheid vom 19. April 2006, I 796/05 (act. II 49/2), zu zusätzlichen Abklärungen an die IVB zurück.

In der Folge tätigte die IVB weitere Abklärungen. Insbesondere gestützt auf den Abklärungsbericht der Beruflichen Abklärungsstelle B.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2006 (act. II 74), Berichte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. März 2007 (act. II 80) und 4. März 2009 (act. II 109) sowie das interdisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 29. April 2008 (act. II 103) verneinte die IVB mit Verfügung vom 10. März 2009 (act. II 112) bei einem Invaliditätsgrad von 35% einen Rentenanspruch. Im darauffolgenden Beschwerdeverfahren bestätigte das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 27. Juli 2009, IV/2009/368 (act. II 119), bei einem Invaliditätsgrad von 36% den rentenablehnenden Entscheid der IVB. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 121/2) wies das Bundesgericht mit Entscheid vom 12. Februar 2010, 9C\_775/2009 (act. II 126), ab. Ein daraufhin gestelltes Revisionsgesuch (act. II 130/2) wies es mit Entscheid vom 12. August 2010, 9F\_8/2010 (Akten der IVB [act. IIA] 139), ab.

**B.**

Am 22. September 2011 (act. IIA 142) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Rückenleiden erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführten Abklärungen trat diese mit Verfügung vom 10. April 2012 (act. IIA 164) auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, da der Versicherte nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 10. März 2009 (act. II 112) wesentlich verändert hätten. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 167/3) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 13. August 2012, IV/2012/453 (act. IIA 175), ab. Das Urteil blieb unangefochten.

**C.**

Am 23. Juli 2015 (act. IIA 178) ersuchte der Versicherte ohne nähere Angaben eines Gesundheitsschadens erneut um Leistungen der Invalidenversicherung. Nach erfolgten Abklärungen trat die IVB mit Verfügung vom 21. Dezember 2015 (act. IIA 191) auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, da der Versicherte nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die Verhältnisse seit der Verfügung vom 10. März 2009 (act. II 112) wesentlich verändert hätten. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 197/3) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 22. September 2016, IV/2016/149 (act. IIA 210), ab, soweit es darauf eintrat.

**D.**

Bereits am 14. September 2016 (act. IIA 203) stellte der Versicherte unter Hinweis auf eine am 21. September 2016 stattfindende Rückenoperation erneut ein Leistungsgesuch bei der IVB, welche in der Folge Abklärungen tätigte. Insbesondere gestützt auf den Bericht von med. pract. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom RAD, vom 30. März 2017 (act. IIA 236) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Mai 2017 (act. IIA 237) bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine vom 1. bis 31. März 2017 befristete ganze Invalidenrente in Aussicht. Weiter stellte sie für die Zeit ab dem

1. April 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 28% die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nachdem der Versicherte gegen den Vorbescheid Einwände erhoben hatte (act. IIA 242), holte die IVB bei RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_\_\_ eine Stellungnahme vom 4. August 2017 (act. IIA 250) ein und verfügte am 25. August 2017 (act. IIA 256) dem Vorbescheid entsprechend.

## **E.**

Mit Eingabe vom 22. September 2017 erhob der Beschwerdeführer hiergegen Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ihm nach Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung mindestens eine halbe Invalidenrente zuspreche. Weiter sei zu prüfen, ab welchem Datum die Gesundheitsverschlechterung in Bezug auf das Wartejahr zu berücksichtigen sei. Am 25. September 2017 ergänzte der Beschwerdeführer seine Beschwerde.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2017 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. August 2017 (act. IIA 256), mit welcher dem Beschwerdeführer für den Monat März 2017 befristet eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Auch wenn die Zusprache der ganzen Rente für März 2017 beschwerdeweise nicht bemängelt wird, ist dieser einmonatige Zeitraum nicht von der richterlichen Prüfung ausgenommen, denn in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein einziges Rechtsverhältnis vor (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der Anspruch auf eine Invalidenrente – unter Einschluss der grundsätzlich unbestritten gebliebenen Zusprechung einer ganzen Rente für den Monat März 2017 – zu prüfen.

**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 Erwerbs-

möglichkeiten 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 Dreiviertelrente, 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**

**2.3.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.3.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

**2.3.3** 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).

**2.4** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

**2.4.1** 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).

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 Auf-

gabenbereichs 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.4.3** Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid BGer vom 16. Juni 2009, 8C\_87/2009, E. 2.2 mit Hinweisen).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

**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.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 14. September 2016 (act. IIA 203) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vergleichsbasis bildet die vom Verwaltungsgericht mit VGE IV/2009/368 (act. II 119) und letztinstanzlich vom Bundesgericht mit BGer 9C\_775/2009 (act. II 126) bestätigte und damit in Rechtskraft erwachsene rentenablehnende Verfügung vom 10. März 2009 (act. II 112) bzw. der damit beurteilte Gesundheitszustand.

Zum Zeitpunkt der Verfügung vom 10. März 2009 litt der Beschwerdeführer gemäss dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 29. April 2008 (act. II 103) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80; S. 29 Ziff. 5.1). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit September 2002 bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere, nicht ausgesprochen feinmotorische Arbeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nur ausnahmsweise überschritten werde, keine regelmässigen Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule vorkämen, und der Beschwerdeführer nicht ... und ... ausgesetzt sei, bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80% bei ganztägiger Präsenz mit um 20% vermindertem Rendement (S. 31 f. Ziff. 6.3 ff.).

Seither sind aus medizinischer Sicht Veränderungen eingetreten, die sich auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. Ausführungen hiervor) und somit auf den Invaliditätsgrad auswirken können. So unterzog sich der Beschwerdeführer am 21. September 2016 einer operativen Dekompression und Stabilisierung der Segmente L4-S1 (act. IIA 214 f.). Eine Verschlechterung ist von den Parteien unbestritten (vgl. Beschwerde S. 3 II und Beschwerdeantwort S. 2) und wird denn auch von der RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. März 2017 (act. IIA 236) bestätigt, indem diese ausführte, eine Verschlechterung der Rückenproblematik sei anfangs 2016 eingetre-

ten. Es sei zu einer objektiv nachgewiesenen Instabilität in den Segmenten L5/S1 und L4/L5 der Lendenwirbelsäule nach früheren Bandscheibenoperationen gekommen (S. 5).

Aufgrund des Dargelegten sind in medizinischer Hinsicht Revisionsgründe ausgewiesen, was zur Folge hat, dass 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 ist (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

**3.2** Was den Gesundheitszustand seit der Neuanmeldung vom 14. September 2016 (act. IIA 203) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, führte im Bericht vom 14. September 2016 (act. IIA 207/2) aus, der Versicherte stehe seit Jahren wegen chronischer Sinusitis mit Polyposis nasi, NARES-Syndrom und Status nach mehreren Operationen bei ihm in Behandlung. Aktuell sei es seit dem Sommer 2016 zu wiederholten Behandlungen wegen Ohren- und Nasennebenhöhlenproblemen gekommen. Weitere Abklärungen seien notwendig gewesen und würden eine Verschlechterung des Zustandes in diesem Bereich trotz intensiver medikamentöser Therapie zeigen. Als ultima ratio stelle sich die Frage einer erneuten Operation abhängig vom weiteren Verlauf.

**3.2.2** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 15. September 2016 (act. IIA 215/6) wurde ausgeführt, der Versicherte habe anlässlich der Verlaufsbesprechung vor dem operativen Eingriff vom 21. September 2016 berichtet, neu sei es seit wenigen Wochen auch zu einer rechtsbetonten Beinschmerzsymptomatik ischialgiform gekommen, verbunden mit einer gewissen Schwäche im Fuss. Schmerzmässig seien vor allem die lateralen Zehen V, IV und III betroffen. Mit dem geplanten Eingriff könne wahrscheinlich nicht die ganze Rückenproblematik und die Schmerzsymptomatik behoben werden. Ziel sei eine Verbesserung der Situation.

**3.2.3** Wegen des operativen Eingriffs vom 21. September 2016 war der Versicherte bis zum 28. September 2016 hospitalisiert. Wie dem Bericht

des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 27. September 2016 (act. IIA 211/6) entnommen werden kann, habe sich der postoperative Verlauf bei reizlosen, trockenen Wundverhältnissen und unter physiotherapeutischer Mobilisation komplikationslos gestaltet. Die Verlaufskontrolle habe korrekte Stellungsverhältnisse und Implantatlage gezeigt. Der Versicherte habe am 28. September 2016 in schmerzarmen Zustand in die Rehabilitation in die Klinik I. \_\_\_\_\_ entlassen werden können (S. 7). In deren Bericht vom 10. Oktober 2016 (act. IIA 215/2) wurde ein insgesamt problemloser Rehabilitationsverlauf bei guter Kooperation und Motivation des Versicherten beschrieben (S. 3).

**3.2.4** Im Bericht vom 10. November 2016 (act. IIA 219) führte der Operateur Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie de Bewegungsapparates, aus, sechs Wochen nach Dekompression und Stabilisierung der Segmente L4-S1 sei der Verlauf an sich zufriedenstellend. Die Sekretion am Beckenkamm rechts habe sistiert und sei jetzt reizlos. Man könne auch bildgebend einen stabilen Zustand verifizieren. Der Versicherte habe vom Eingriff profitiert: Die linksseitige Beinsymptomatik sei gebessert und auch vom Rücken her bestünden weniger Schmerzen (S. 1). Vom Procedere her habe er (Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_) den Versicherten noch bis Ende Dezember 2016 arbeitsunfähig geschrieben. Grundsätzlich wäre dann rein vom Rücken her eine mittelschwere körperliche Tätigkeit wieder möglich und zumutbar (S. 2).

**3.2.5** Wie dem Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 10. Januar 2017 (act. IIA 228) zu entnehmen ist, habe der Versicherte am 28. Dezember 2016 angegeben, an messerschnittartigen Schmerzen beim Laufen sowie dumpfen Schmerzen bei Husten und Niesen von lumbal bis in die Ferse rechts sowie an einer Hyposensibilität der Digit III und V am rechten Fuss zu leiden. Wegen der Schmerzexazerbationen „gehe“ er drei bis zehn Mal am Tag „zu Boden“. Daneben „ersticke“ er wegen der behinderten Nasenatmung bei Staubexposition. Anamnestisch bestehe seit Jahren ein chronisches Leiden. Subjektiv hätten die multiplen operativen Eingriffe keine Linderung der Beschwerden lumbal und nasal gebracht (S. 2 Ziff. 1.4). Der Versicherte sei wegen der Rücken-

operation vom 21. September 2016 weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

**3.2.6** Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 10. Februar 2017 (act. IIA 233) eine chronische Schmerzkrankheit sowie ein Zustand nach Dekompression L4/L5 und L5/S1 und instrumentierter Fusion L4-S1 am 21. September 2016 bei postoperativ persistierender Wundsekretion Beckenkamm rechts. Seit der letzten Konsultation im November 2016 berichte der Versicherte über eine zunehmende Verschlechterung. Er beklage nun Schmerzen im Kreuz und in beiden Beinen. Auch im Liegen bestünden Schmerzen. Die aktuelle konventionelle Röntgenverlaufskontrolle zeige einen regelrechten Befund nach Stabilisierung und Fusion L-S1. Es bestünden keine Hinweise für eine Implantatlockerung/-migration. Die Konsolidation der Spondylodese lasse sich noch nicht schlüssig abschätzen. Die vom Versicherten geklagten Schmerzen könnten nicht eingeordnet werden. Strukturell sei kein klares Korrelat zu definieren, welches irgendeinen Bezug hätte zu den Beschwerden. Es sei sicherlich eine chronifizierte Problematik im Spiel. Der Versicherte beschreibe seine Schmerzen auch im gesamten Rückenbereich bis zum Nacken. Er (Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_) könne weder eine weitergehende Hilfestellung leisten, noch die Arbeitsfähigkeit weiter beurteilen, weil er das Beschwerdebild nicht einordnen könne.

**3.2.7** Med. pract. D. \_\_\_\_\_ vom RAD diagnostizierte im Bericht vom 30. März 2017 (act. IIA 236) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei:

- schwerer Segmentdegeneration L4/L5, Zustand nach extraforaminaler Dekompression L4 links 2003
- schwerer Segmentdegeneration L5/S1 mit iatrogener Instabilität nach zweiter ausgedehnter Dekompression L5/S1 links 2011
- Lumboischialgie rechts mit einer diskreten Fussheber- und senkparese rechts seit Spätsommer 2016
- Lumboischialgie links bei fortgeschrittener Segmentdegeneration L4/S1 und L4/L5
- Mikrochirurgische Dekompression und aufrichtende Stabilisation L4-S1 vom 21. September 2016.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine chronische Rhinosinusitis mit Polyposis nasi, NARES-Syndrom mit/bei mehreren Nasenne-

benhöhlenoperationen/Polypektomie und chronischer Otomastoiditis bei Operationen beidseits vor vielen Jahren. Die Operation vom 21. September 2016 habe einen guten Erfolg gezeigt. Der Vorzustand, d.h. der Status quo sine, sei wieder erreicht worden. Die subjektiven Beschwerden im Verlauf ab November 2016 seien zunehmend und objektiv nicht erklärbar, wie der operierende Arzt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ festhalte. Die bekannte chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen habe zu vermehrten Infektionen seit Sommer 2016 geführt. Objektiv seien radiologisch Schleimhautpolster bei der chronischen Rhinosinusitis nachgewiesen. Subjektiv mache der Versicherte verschiedene Beschwerden und die regelmässige, mehrmals täglich durchzuführende Nasenpflege geltend. Bei der seit Jahren bestehenden Krankheit sei aufgrund der Akten nicht eine leistungsrelevante Verschlimmerung mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten (S. 5). Ab dem 13. Januar 2016 habe aufgrund der nachgewiesenen Instabilität in den Segmenten L5/S1 und L4/L5 der Lendenwirbelsäule eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten (Beschwerdezunahme bei Reklination), ohne Bücken, ohne Heben und Tragen mittelschwerer bis schwerer Lasten bei ganztägig möglicher Präsenz mit reduziertem Rendement bestanden. Nach der Operation vom 21. September 2016 könne davon ausgegangen werden, dass zwischenzeitlich ab dem 31. Dezember 2016 wieder der Zustand wie vor der Operation eingetreten sei. Damit sei eine angepasste Tätigkeit wie im Gutachten der MEDAS vom 29. April 2008 (act. II 103) interdisziplinär festgehalten (vgl. E. 3.1 hiervor) und vom Verwaltungsgericht in IV/2012/453 (act. IIA 175) bestätigt, wieder zumutbar.

**3.2.8** Im Schreiben vom 22. Juni 2017 (act. IIA 245) an die Beschwerdegegnerin führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, seines Erachtens sei es nicht korrekt, die HNO-Probleme als Krankheiten ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu bezeichnen. Ein eingeschränktes Gehör, Schwindel, chronische Kopfschmerzen, eine chronische Schlafstörung mit obstruktivem Schnarchen und einer Tagesmüdigkeit sowie Konzentrationseinschränkungen würden sehr wohl einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben und könnten im Fall des Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 20-30% ohne weiteres erklären. Aktuell bestehe noch eine Parotisschwellung rechts unklarer Aetiologie, welche noch weiter abgeklärt werden müsse.

**3.2.9** In der Stellungnahme vom 4. August 2017 (act. IIA 250) führte die RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_\_\_ aus, der Versicherte mache keine neuen relevanten medizinischen Fakten geltend, die eine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes über das Datum des 31. Dezember 2016 hinaus belegen könnten (S. 3). Die geltend gemachte Krankheit der Parotis-Speicheldrüse (Erstdiagnose: Juli 2017) sei ambulant behandelbar und führe vorübergehend zu einer kurzdauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes und nicht zu einer längerdauernden, richtungsweisenden Arbeitsunfähigkeit (S. 4). Es könne weiterhin an der RAD-Stellungnahme vom 30. März 2017 (act. IIA 236) festgehalten werden (S. 5)

**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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung vom 25. August 2017 (act. IIA 256) im Wesentlichen auf die Berichte von RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_\_\_ vom 30. März 2017 (act. IIA 236) und vom 4. August 2017 (act. IIA 250) gestützt. Die RAD-Ärztin hat sich in ihren Beurteilungen

sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Sie hat einleuchtend dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand anfangs 2016 verschlechtert habe, weshalb im September 2016 ein operativer Eingriff erfolgt sei. Die Operation habe einen guten Erfolg gezeigt und ab dem 31. Dezember 2016 sei wieder vom Zustand wie vor der Operation auszugehen, d.h. das im Gutachten der MEDAS vom 29. April 2008 (act. II 103) formulierte Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachvollziehbar. Einer eigenen Untersuchung bedurfte es nicht, da der medizinische Sachverhalt feststeht und es allein um die medizinische Würdigung dieses Sachverhalts geht. Damit sind im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (vgl. Entscheid BGer vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1 in fine) erfüllt und den Aktenbeurteilungen kommt voller Beweiswert zu. In der Folge ist darauf abzustellen.

Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände sowie die weiteren medizinischen Berichte vermögen keine – auch nur geringste – Zweifel an der Zuverlässigkeit der Stellungnahmen von RAD-Ärztin med. pract. D.\_\_\_\_\_ zu begründen. Dass es sich beim operativen Eingriff vom 21. September 2016 nicht um einen „kleinen einfachen Eingriff“ gehandelt hat (vgl. Beschwerde S. 4), wird von der Beschwerdegegnerin und med. pract. D.\_\_\_\_\_ anerkannt. Jedoch verliefen sowohl die Operation wie auch die anschliessende Rehabilitation komplikationslos (act. IIA 211/6, 215/2) und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sprach am 10. November 2016 (act. IIA 219) insgesamt von einem zufriedenstellenden Verlauf und dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die Beinsymptomatik wie auch vom Rücken her von der Operation profitiert habe. Die am 28. Dezember 2016 (act. IIA 228) bzw. am 8. Februar 2017 (act. IIA 233) als Verschlechterung beklagten Beschwerden und Schmerzen konnte Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht einordnen bzw. nicht einem strukturellen Korrelat zuordnen, d.h. diese Beschwerden sind objektiv nicht erklärbar.

Von einer psychiatrischen Beurteilung (vgl. Beschwerde S. 4) kann vorliegend abgesehen werden, zumal in den aktuellen medizinischen Berichten keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden (vgl. u.a. act. IIA 228 S. 1 Ziff. 1.1) und auch vom Beschwerdeführer selbst psychische Beschwerden nicht geltend gemacht werden. Dass die Operationsindikation offensichtlich primär wegen des Leidensdruckes und nicht wegen den vorgefundenen objektiven Befunden gestellt wurde (vgl. u.a. Aktennotiz des Verwaltungsgerichts vom 29. August 2016 [act. IIA 202/3]), ändert daran nichts.

Was die chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen betrifft, so führte med. pract. D. \_\_\_\_\_ am 30. März 2017 (act: IIA 236) nachvollziehbar und überzeugend aus, bei dieser seit Jahren bestehenden Krankheit sei aufgrund der Akten nicht eine leistungsrelevante Verschlimmerung mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Auch die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Schreiben vom 22. Juni 2017 (act. IIA 245) getätigten Ausführungen, wonach die HNO-Probleme zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20-30% führen könnten, hat keine Änderung der von med. pract. D. \_\_\_\_\_ postulierten gesamthaften Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Bereits im Bericht vom 30. April 2010 (act. II 130/10) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an einer nicht heilbaren, chronischen Erkrankung im Bereich der Nasen- und Nasennebenhöhlen. Aufgrund dieser Erkrankung bestehe eine chronische Nasenatmungsbehinderung, Kopfschmerzen, eine massive Einschränkung des Geruchssinnes sowie eine Verkrustung und Schleimbildung in der Nase und im Rachen mit Auslösen von Hustenattacken. Die Krankheit beeinträchtige aus diesen Gründen auch den Nachtschlaf und habe so einen invalidisierenden Charakter zur Folge. Der Beschwerdeführer müsse sechs bis acht Mal täglich Nasenspülungen durchführen und sei für eine körperliche Arbeit in einer staubigen Umgebung nicht geeignet. Für eine körperlich nicht anstrengende Tätigkeit in einer sauberen Luft bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 20%. Zum Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2010 stellte das Bundesgericht in BGer 9F\_8/2010 (act. IIA 139) fest, die Atemschwierigkeiten bei Belastung wegen behinderter Nasenatmung seien im Zeitpunkt der Begutachtung der MEDAS vom 31. März 2008 bekannt gewesen, bereits mehr-

fach (operativ) behandelt worden und im Gutachten vom 29. April 2008 (act. II 103) berücksichtigt worden (E. 2.2.3). In Bezug auf das Schreiben von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2010 führte das Verwaltungsgericht in IV/2012/453 (act. IIA 175) ebenfalls aus, dass die entsprechenden Beschwerden bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung der MEDAS von 2008 bekannt gewesen seien. Eine Verschlechterung der Atembehinderung – so das Verwaltungsgericht – werde vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (E. 3.4). Was den weiteren Verlauf dieser Beschwerden betrifft, kam med. pract. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. März 2017 (act. IIA 236) zum überzeugenden Schluss, dass diese nicht zu einer leistungsrelevanten Verschlimmerung mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führen (S. 5). Weiter stellte die RAD-Ärztin am 4. August 2017 (act. IIA 250) zutreffend fest, dass die geltend gemachte Krankheit der Parotis-Speicheldrüse ambulant behandelbar sei und lediglich vorübergehend zu einer kurzdauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes und nicht zu einer längerdauernden, richtungsweisenden Arbeits- und Leistungsunfähigkeit führe (S. 4).

**3.5** Aufgrund des Dargelegten ist gemäss den Stellungnahmen von RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_\_\_ vom 30. März 2017 (act. IIA 236) und 4. August 2017 (act. IIA 250) erstellt, dass ab dem 13. Januar 2016 aufgrund der nachgewiesenen Instabilität eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 80% für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, ohne Bücken, ohne Heben und Tragen mittelschwerer bis schwerer Lasten bei ganztägig möglicher Präsenz mit reduziertem Rendement bestand. Ab dem Operationsdatum vom 21. September 2016 bis zum 30. Dezember 2016 bestand eine vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Seit dem 31. Dezember 2016 ist aus orthopädischer Sicht wieder das im Gutachten der MEDAS vom 29. April 2008 (act. II 103) formulierte Zumutbarkeitsprofil massgebend, d.h. für körperlich leichte bis mittelschwere, nicht ausgesprochen feinmotorische Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nur ausnahmsweise überschritten wird und keine regelmässigen Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule vorkommen, besteht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 6.4). Die 2008 noch postulierte psychiatrischen Einschränkungen (Unzumutbarkeit für Tätigkeiten, wo der Beschwerdeführer ... und ...

ausgesetzt ist; gantztägige Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten bei einer verminderten Leistung von 20% wegen spontan auftretenden Panikattacken und einem deutlich höheren Pausenbedarf [S. 23 Ziff. 4.1.5]) liegen heute nicht mehr vor (vgl. 3.4 hiervor). Somit besteht aus gesamtmedizinischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

#### **4.**

**4.1** 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).

**4.2** 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 BfS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.4** Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Sechsmonatsfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Neuanschuldung vom 14. September 2016 (act. IIA 203) März 2017. Zu diesem Zeitpunkt war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt, nachdem dem Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten der MEDAS vom 29. April 2009 (act. II 103) seit September 2002 seine angestammte Arbeit als ... bleibend nicht mehr zumutbar ist (S. 30 f. Ziff. 6.2 f.).

**4.5** Wie bereits dargelegt (E. 3.5 hiervor) bestand ab dem Operationsdatum vom 21. September 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung des frühestmöglichen Rentenbeginns am 1. März 2017 hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. März 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.

**4.6** Ab dem 31. Dezember 2016 bestand in einer leidensadaptierten Tätigkeit wieder eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% (vgl. E. 3.5

hiervor). Dies stellt einen Revisionsgrund dar, weshalb der Invaliditätsgrad per dieses Datum neu zu ermitteln ist.

**4.6.1** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen in der Verfügung vom 25. August 2017 (act. IIA 256) aufgrund der statistischen Zahlen der LSE berechnet, was nicht zu beanstanden ist. Dem Beschwerdeführer wurde seine Stelle als ... (Hilfsarbeiter) bei ... aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (act. II 5 S. 1 Ziff. 3), d.h. auch im Gesundheitsfall wäre er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr bei der damaligen Arbeitgeberin angestellt, was rechtsprechungsgemäss (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C\_130/2010, E. 3.3.1) das Abstellen auf Tabellenlöhne, d.h. die LSE 2014, rechtfertigt. Massgebend hierfür ist im vorliegenden Fall Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Total, Männer. Der gleiche Wert ist für das Invalideneinkommen heranzuziehen, da der Beschwerdeführer seither keine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, obwohl ihm dies zumutbar wäre. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 7. April 2016, 9C\_898/2015, E. 1). Der Beschwerdeführer ist in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig (vgl. E. 3.5 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat einen leidensbedingten Abzug von 10% gewährt, was nicht gerechtfertigt ist. Sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden bereits mit dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil genügend berücksichtigt und dürfen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht noch mit einem Tabellenlohnabzug doppelt berücksichtigt werden (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014, E. 4.2). Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 umfasst denn eine Vielzahl von leichten Arbeiten, die diese Einschränkungen berücksichtigen. Die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug, da, wenn sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE-Zahlen bestimmt werden, beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, und deshalb diese Einzelfallkriterien bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

**4.6.2** Somit besteht ab dem 31. Dezember 2016 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0%. Nachdem die Verbesserung drei Monate ange dauert hat, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV diese berücksichtigt und die Rente per 31. März 2017 aufgehoben.

**4.7** Zusammenfassend ist die Verfügung vom 25. August 2017 (act. IIA 256) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.