

200 17 896 IV
LOU/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. September 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. September 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), welchem bereits im Jahr 1995 Rumpforthesen gewährt worden waren (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Aktenbeilagen [AB] 1.1), meldete sich - nach einer Früherfassung im August 2010 (AB 2) - im Oktober 2010 bei der IVB zum Bezug von Leistungen (berufliche Massnahmen) der Invalidenversicherung an. Als Art der Behinderung gab er Schmerzen in verschiedenen Körperregionen und eine Erschöpfung an (AB 4). Nach Einholung diverser erwerblicher und medizinischer Unterlagen schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 1. Februar 2011 ab (AB 22).

Nach einer weiteren Früherfassung (AB 23) meldete sich der Versicherte im Dezember 2013 unter Hinweis auf Einschränkungen im täglichen Leben seit Januar 2013 erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 27). In der Folge erhob die IVB verschiedene erwerbliche und medizinische Unterlagen – insbesondere eine interdisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie (Gutachten vom 22. und 27. Oktober 2014 bzw. interdisziplinäre Beurteilung vom 27. Oktober 2014, AB 48.1 - 49.2). Nach durchgeführten Vorbescheidverfahren (AB 51, 64) verfügte die IVB am 3. September 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 76). Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 77) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 8. September 2016 ab (AB 87, IV/2015/862).

B.

Im Januar 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf täglich neue Blockaden sowie Einschränkungen im täglichen Leben (Bewegungsapparat) neu bei der IVB zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 93). Dazu reichte er

verschiedene medizinische Unterlagen ein (AB 93, 97 f.). Die IVB holte in der Folge einen Bericht von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 20. Februar 2017 (AB 99) ein und stellte mit Vorbescheid vom 25. April 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 100). Auf den hiergegen erhobenen Einwand (AB 102) hin veranlasste die IVB eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Juli 2017 (AB 105, S. 2) und verfügte am 1. September 2017 wie angekündigt (AB 106).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 10. Oktober 2017 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IVB vom 1. September 2017 sei aufzuheben und die Sache zwecks umfassenden medizinischen Abklärungen an die IVB zurückzuweisen.
2. **Eventualiter:** Dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen, **subeventualiter** seien Umschulungsmassnahmen zu finanzieren.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass sich der Gesundheitszustand gemäss den behandelnden Ärzten verschlechtert habe und die Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar sei. Auf den RAD-Bericht von Dr. med. E. _____ vom 20. Februar 2017 könne nicht abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, eigenständige Abklärungen über den Gesundheitszustand sowie die Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers vorzunehmen. Der Anspruch sei gestützt auf veraltete Daten und Erhebungen abgelehnt worden, was gesetzeswidrig sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2017 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Am 22. November 2017 erfolgte eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers.

Auf die Möglichkeit zur Einreichung einer Stellungnahme verzichtete die Beschwerdegegnerin am 1. Dezember 2017.

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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 1. September 2017 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.4 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs 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, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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).

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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108

E. 2b S. 114). Auf die entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 9, 14) ist daher nicht weiter einzugehen.

Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen ablehnenden Verfügung vom 3. September 2015 (AB 76), bestätigt durch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 8. September 2016 (AB 87, IV/2015/862), mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2017 (AB 105) zu vergleichen ist (E. 2.4 hiavor).

3.2 Die Ablehnung von Leistungen der Invalidenversicherung im September 2015 erfolgte aus medizinischer Sicht im Wesentlichen gestützt auf die interdisziplinäre Begutachtung der Dres. med. C._____ und D._____ (AB 48.1 - 49.2).

Dr. med. C._____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 22. Oktober 2014 keine Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine kranke Ehefrau (ICD-10: Z63.7; AB 48.1, S. 6).

Im Gutachten vom 27. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. D._____ mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Gonarthrose links. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und kranke Ehefrau gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. C._____, ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, ein chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten, eine Tendinose der Achillessehne rechts, Übergewicht mit Body-Mass-Index von 27,2 kg/m², eine gestörte Gluconeogenese, eine Hyperurikämie und anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (AB 49.1, S. 9 f.).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 27. Oktober 2014 führten die Gutachter aus, körperlich schwergradig belastende Arbeiten könnten seit mehreren Jahren nicht mehr ausgeübt werden. Für die berufliche Tätigkeit als

... hätten nie anhaltende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden (AB 48.2, S. 2; 49.2, S. 2).

3.3 Zum Gesundheitszustand sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Verfügung vom 3. September 2015 (AB 76) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.3.1 Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, bei welchem der Beschwerdeführer seit dem 23. Oktober 2015 in Behandlung ist (vgl. auch Bericht vom 30. November 2015, AB 81, S. 4 ff.), führte im Bericht vom 12. Juli 2016 aus, der Beschwerdeführer leide bei generalisierter Polyarthronose an diversen myofascialen Beschwerden praktisch am gesamten Bewegungsapparat wechselnder Prädominanz und Ausprägung, insbesondere lumbo-spondylogen links betont und cervicovertebral, aber auch im Bereich der Hand- und Fingerextensoren und im Bereich des Kniegelenks links. Seit Mitte/Ende Mai 2016 seien nun neu langsam zunehmende Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks aufgetreten. Dr. med. F._____ fand eine produktive Synovialitis. Gestützt auf Standardröntgenbilder vom 15. Juni 2016 fand sich eine radiologisch beginnende Pangoarthrose, vor allem im medialen Kompartiment und FPA. Radiologisch bestünden keine Hinweise auf eine Chondrocalcinose. Wegen des persistierenden klinisch leichten Ergusses und vor allem der persistierenden Synovialitis liess er am 4. Juli 2016 eine kernspintomografische Untersuchung des rechten Kniegelenks durchführen (AB 87, S. 20). Dabei fand sich ein freier Gelenkskörper bis max. 10mm Durchmesser dorsal des distalen hinteren Kreuzbandes, an der poplitealen Gelenkscapsel, wahrscheinlich eingeklemmt, als wichtigster pathologischer Befund, der wahrscheinlich die chronische Synovialitis und die erneute Ergussbildung ausgelöst habe. Ab dem 15. Juni 2016 sei der Beschwerdeführer wegen den Beschwerden im rechten Kniegelenk in seinem Teilpensum zu 50% als ... 100% arbeitsunfähig geschrieben worden (AB 87, S. 21; vgl. dazu auch AB 94, S. 2).

3.3.2 Vom 20. bis 25. Juli 2016 war der Beschwerdeführer im Spital G._____ hospitalisiert. Die Ärzte diagnostizierten im Bericht vom 21. Juli 2016 eine immobilisierende therapierefraktäre Lumbago bei Discopathie L4/5 und L3/4/5, Erstdiagnose MRI 29. Juli 2010, eine Cervicalgie

mit Ausstrahlung in den Schultergürtel beidseits, Erstdiagnose MRI 12. Februar 2015 und eine gestörte Glucosetoleranz unter Spiricort (AB 87, S. 23). Als Nebendiagnosen wurden chronische Knieschmerzen rechts, Erstdiagnose MRI 4. Juli 2016, eine chronische Tendinose der Achillessehne rechts, ein Status nach Resektion Tibia-Fibula-Ganglion links und ein Status nach Achillessehnenrevision genannt (AB 87, S. 23 f.). Da der Beschwerdeführer wegen des rechten Knies bereits bis Ende August (2016) ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis habe, werde kein neues Arbeitsunfähigkeitszeugnis geschrieben (AB 87, S. 24).

3.3.3 Dr. med. F._____ führte im ärztlichen Zeugnis vom 12. September 2016 aus, es bestehe seit Oktober 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% wegen Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates (bei generalisierter Arthrose, betont im Bereich der Lendenwirbelsäule). Wegen des jetzt aufgetretenen Knieleidens rechts seit Mitte Mai 2016 könne die bisher bestehende Restarbeitsfähigkeit nicht mehr erhalten bleiben. Zur Zeit werde vor allem das rechte Kniegelenk behandelt. Es sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer frühestens ab 1. November 2016 wieder seine bisherige Tätigkeit zu 50% ausüben könne. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher den Beschwerdeführer ebenfalls behandle, habe die aktuelle, 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (AB 97; vgl. E. 3.3.4 hiernach).

Im ärztlichen Zeugnis vom 31. Oktober 2016 attestierte Dr. med. F._____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis und mit 30. November 2016, wobei wahrscheinlich mit einer noch längeren, unbestimmten Dauer der 100%-igen Arbeitsunfähigkeit zu Rechnen sei (AB 94, S. 2).

3.3.4 Im Bericht vom 24. November 2016 diagnostizierte Dr. med. H._____ Kniegelenk rechts: ausgedehntes Knochenmarksödem mediales Tibiaplateau, medialer Femurkondylus bei Überlastung bei varischer Beinachse und Chondromalazie Grad II medial, retropatellare Chondromalazie bis Grad III, ein therapierefraktäre Lumbago bei Discopathie L4/5 und L3/4/5, eine Discopathie C5/6, eine erosive Osteochondrose Modic Typ II L4/2, Polyarthrosen unklarer Ätiologie und ein Ganglion Tibiofibulargelenk links. Das MRI Knie rechts vom 10. November 2016 zeige im Vergleich

zum MRI vom 4. Juli 2016 eine deutliche Regredienz des Knochenmarködems medial, tibial und femoral, wahrscheinlich im Rahmen einer transienten Osteoporose. Es bestünden weiterhin Risse im medialen Meniskushinterhorn mit Chondromalazie Grad II femorotibial, medial und retropatellar (AB 94, S. 3). Unter Entlastung und Arbeitskarenz habe sich eine Beschwerdereduktion um etwa 50% ergeben. Eine Wiederaufnahme der Arbeit in einer körperlichen, anstrengenden Tätigkeit wie ... werde wohl kaum wieder möglich sein, auch hinsichtlich der Rückenproblematik und den zunehmenden Schmerzen im linken Kniegelenk. Dr. med. H. _____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (vom 22. November 2016) bis am 31. Dezember 2016 (AB 94, S. 4; vgl. auch AB 94, S. 1).

3.3.5 Im Bericht vom 20. Februar 2017 diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beginnende Gonarthrosen links und rechts, bei auch bestehenden Rissen je im Hinterhorn des medialen Meniskus links und rechts. Betreffend Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verwies sie auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ aus dem Jahr 2014 (AB 99, S. 4). Leichte und mittelschwere Arbeiten seien in vollem Mass zumutbar. Drehungen unter Belastung in den Kniegelenken sollten vermieden werden. Das seitliche Lastenverschieben sollte unter „Umtreten“ mit den Füßen statt Drehung im Oberkörper geschehen. Zwar sei eine gleiche Läsion wie links nun auch am rechten Knie dokumentiert. Bestanden haben könne sie bereits seit längerer Zeit. Wie schon im interdisziplinären Gutachten aus dem Jahr 2014 für links beschrieben, handle es sich um Läsionen, die nicht klinisch, sondern nur im MRI (vom 4. Juli und 10. November 2016) festgestellt werden könnten. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht gegeben (AB 99, S. 5).

3.3.6 Dr. med. F. _____ führte im ärztlichen Zeugnis vom 22. Februar 2017 aus, dass kernspintomografisch (4. Juli 2016) ein ausgedehntes Knochenmarködem im medialen/inneren Tibiaplateau und medialen/inneren Femurcondylus mit reaktivem deutlichem Kniegelenkserguss und produktiver Gelenkscapselentzündung im Rahmen der sogenannten transienten Osteoporose, bei radiologisch nur leichter medial betonter Kniegelenksarthrose rechts festgestellt werden konnte. Die leichte Arthrose sei somit

nicht die Ursache der Kniegelenkserkrankung rechts. Der Kniegelenkserguss sei einmalig punktiert und ein Entzündungshemmer sei in das Kniegelenk instilliert worden. Der Kniegelenkserguss rezidierte im weiteren Verlauf nicht. Gestützt auf die Kernspintomografie des rechten Kniegelenks vom 10. November 2016 sei der weitere radiologische Verlauf günstig gewesen, es fand sich nur noch ein diskreter Kniegelenkserguss, der klinisch nicht nachweisbar gewesen sei und keine radiologischen Hinweise auf eine Nekrose (abgestorbenes Gewebe) gegeben habe (AB 102, S. 15). Trotz diesem radiologisch günstigen Verlauf und den durchgeführten Therapie-mass-nahmen persistieren nun Kniegelenksbeschwerden belastungsabhängig rechts. In diesem Zusammenhang sei seit dem 15. Juni 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in seinem Beruf als ... weiterhin gerechtfertigt (AB 102, S. 16; vgl. dazu auch Beschwerdebeilage [BB] 5 f.).

3.3.7 In der Stellungnahme vom 18. Juli 2017 führte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ aus, Dr. med. E. _____ habe in ihrem Bericht vom 20. Februar 2017 ausführlich und gut nachvollziehbar dargelegt, aus welchen Gründen keine leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Der Bericht von Dr. med. F. _____ vom 22. Februar 2017 bestätige, dass die Veränderung am linken (richtig: rechten) Knie einen günstigen Verlauf genommen habe. Die Annahme von Dr. med. F. _____, die vorbestandenen (und bereits gutachterlich beurteilten) Kniebeschwerden rechts (richtig: links) würden wahrscheinlich eine definitive 100%-ige Arbeitsunfähigkeit als ... rechtfertigen, entbehre der nachvollziehbaren Begründung. Es werde schlüssig dargelegt, dass eine leidensangepasste Tätigkeit aus medizinischer Sicht zumutbar sei (AB 105, S. 2).

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 (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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung auf den Aktenbericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ (AB 99, S. 3 ff.) und auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. I. _____ vom 20. Februar 2017 (AB 105, S. 2). Auf deren Einschätzung kann jedoch nicht abschliessend abgestellt werden (vgl. E. 3.4 hiervor). Zwar diagnostizierte Dr. med. E. _____ in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten neu auch eine beginnende Gonarthrose am rechten Knie (AB 99, S. 4). Ihre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wonach sich das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht verändert habe und die angestammte Tätigkeit als ... bzw. leichte und mittelschwere Arbeiten in vollem Mass zumutbar seien, obwohl am rechten Knie neu eine gleiche Läsion wie am linken Knie dokumentiert wird (AB 99, S. 4 f.), vermag demgegenüber nicht zu überzeugen. So führt Dr. med. E. _____ aus, dass Drehbewegungen in den Knien möglichst vermieden werden sollten bzw. der Beschwerdeführer beim seitlichen Lastenverschieben nicht den Körper drehen, sondern mit den Füßen „umtreten“ sollte (AB 99, S. 5). Damit schränkt die RAD-Ärztin das Zumutbarkeitsprofil für die angestammte Tätigkeit als ... konkreter bzw. stärker ein als noch die Dres. med. D. _____ und C. _____ im Jahr 2014, welche eine Einschränkung allein für körperlich schwergradig belastende Arbeiten attestierten und leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten – wie die Arbeit als ... – als weiterhin voll zumutbar erachteten (AB 48.2, S. 2; 49.2, S. 2). Es wird im Bericht vom 20. Februar 2017 denn auch nicht näher begründet, inwiefern die angestammte Tätigkeit als ... ohne Drehbewegungen und ohne Belastung beider Kniegelenke unverändert in einem vollen Pensum möglich sein sollte. Immerhin musste der Beschwerdeführer in dieser Tätigkeit Gewichte von 10 bis 20 kg heben/tragen und zum Teil auch knien (AB 10, S. 1). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die RAD-Ärzte Dres. med. E. _____ und I. _____ Allgemeinmediziner sind und über keinen Facharztstitel, weder im Bereich der Rheumatologie noch der Orthopädie, verfügen (vgl. www.medregom.admin.ch), weshalb auch aus diesem Grund nicht unbeschadet auf ihre Einschätzung abgestellt werden kann (vgl. statt vieler: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E.3.2.3, wonach die fachliche Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussage von erheblicher Bedeutung ist).

Sodann lassen sich auch aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten betreffend das neu hinzugetretene Knieleiden rechts keine zuverlässigen Rückschlüsse auf das zumutbare Leistungsprofil entnehmen. Die Ärzte des Spitals G. _____ verweisen auf das zu dieser Zeit ausgestellte Arbeitsunfähigkeitszeugnis bis Ende August 2016 und verzichteten auf ein eigenes Attest (AB 87, S. 24). Die behandelnden Dres. med. F. _____ und H. _____ gehen aufgrund des Risses im medialen Meniskushinterhorn rechts von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... aus (AB 94, S. 4; 102, S. 16). Jedoch ist ihren Einschätzungen zu entnehmen, dass ein Vergleich des MRI vom 4. Juli 2016 mit dem MRI vom 10. November 2016 zeige, dass sich das Knochenmarksödem rechts – infolge einer Punktierung sowie der Verabreichung von Entzündungshemmern – deutlich verbessert hat bzw. nur noch ein diskreter Kniegelenkserguss sichtbar ist, welcher klinisch nicht nachweisbar war, ohne radiologische Hinweise auf eine Nekrose (AB 94, S. 3; 102, S. 15). Dr. med. H. _____ geht denn auch von einer Beschwerdereduktion um die Hälfte aus (AB 94, S. 4). Insofern ist es nicht nachvollziehbar bzw. widersprüchlich, wenn die behandelnden Ärzte trotz dem (radiologisch) günstigen Verlauf bzw. der Verbesserung des Knieleidens rechts weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestieren.

3.6 Insgesamt erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, denn es kann nicht zuverlässig gesagt werden, welches die Auswirkungen der neu diagnostizierten Gonarthrose am rechten Knie auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind bzw. ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund vorliegt. Die Akten sind deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen, welche die erforderlichen weiteren medizinischen Abklärungen vorzunehmen hat. Dazu ist nach Einholung aktueller Berichte der behandelnden Ärzte eine fachärztliche Begutachtung anzuordnen, wobei insbesondere explizit die Frage der Entwicklung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur letzten Beurteilung im Jahr 2014 zu beantworten sein wird. Anschliessend ist über den Rentenanspruch im laufenden Revisionsverfahren neu zu verfügen. Die IVB hat bislang kein eigenes Gutachten in Auftrag gegeben, so dass die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 praxisgemäss einer Rückweisung nicht entgegensteht.

4. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Vorwurf der Rechtsverzögerung (Beschwerde, S. 13) unbegründet ist. Die Beschwerdegegnerin hat nach Eingang der Neuanmeldung im Januar 2017 (AB 93) die gebotenen medizinischen und erwerblichen Abklärungen umgehend in die Wege geleitet. Trotz der schwierigen finanziellen Situation des Beschwerdeführers kann der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Abklärungsdauer somit kein Vorwurf gemacht werden. Im Übrigen ist zu erwähnen, dass für den Umstand, wonach einer versicherten Person während dem Abklärungsverfahren allfällige finanzielle Lücken entstehen, nicht die Invalidenversicherung einzustehen hat. Immerhin besteht die Möglichkeit, wirtschaftliche Hilfe beim Sozialamt zu beantragen.

5. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 1. September 2017 (AB 106) aufzuheben. Die Akten sind zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits

als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Mit angemessener Kostennote vom 6. Februar 2018 hat Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 2'750.-- sowie Auslagen von Fr. 160.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 232.-- geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'142.80 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 1. September 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'142.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. 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.