

200 18 130 IV  
SCI/SCM/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. Mai 2018**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schädeli

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Januar 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Dem 1956 geborenen A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde mit Verfügung vom 24. Juni 2005 rückwirkend per 1. Mai 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 52 % eine halbe Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zugesprochen (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 44, vgl. auch Einspracheentscheid vom 9. November 2005 [AB 48]). Auf das am 12. September 2006 gestellte Rentenerhöhungsbegehren (AB 54) hin hielt die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 21. März 2007 (AB 64) einen unveränderten Rentenanspruch (Invaliditätsgrad von 52 %) fest. Nach Beschwerdeerhebung durch den Versicherten (AB 69) nahm sie nach wiedererwägungsweiser Aufhebung der ergangenen Verfügung (AB 70; vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 4. Juni 2007, IV 68033 [AB 72]) weitere Abklärungen vor, wobei insbesondere ein Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ (AB 86) samt Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; AB 84) sowie ein Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (AB 81, 92) eingeholt wurden. Gestützt darauf wies die IVB das Rentenerhöhungsgesuch – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 93, 95, 101) – mit Verfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) ab. Diese Verfügung blieb unangetroffen.

Im Zuge der im Jahr 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (AB 109, 111) nahm die IVB auf die geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung (AB 113) hin weitere Abklärungen vor, wobei unter anderem eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 129) und ein weiterer Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (AB 153) verfasst wurden. Nach Prüfung der gegen den Vorbescheid vom 7. Dezember 2016 (AB 154) erhobenen Einwände (AB 156, vgl. AB 158, 160, 163) inklusive Einholung eines neuerlichen Berichts des RAD (AB 167), lehnte die IVB den Antrag auf Erhöhung der Rente mit Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 171) ab. Dabei erwog sie im Wesentlichen, eine objektive Gesundheitsverschlechterung sei nicht ausgewiesen, womit kein Revisionsgrund vorliege.

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch seine Ehefrau, am 9. Februar 2018 Beschwerde. Sinngemäss lässt er die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Ausrichtung einer höheren Rente beantragen.

Am 26. März 2018 liess der Beschwerdeführer dem Gericht eine weitere Eingabe samt Beilagen zukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 10. Januar 2018 (AB 171). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere als die bisher ausgerichtete halbe Rente hat.

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

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

## **2.**

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

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.2.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

**2.2.2** Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige (Art. 28a Abs. 2 IVG) zunächst anhand eines Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen. Diese ist alsdann im Hinblick auf ihre erwerblichen Auswirkungen noch besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen Person kann zwar, braucht aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge zu haben (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 E. 1 S. 31, 104 V 135 E. 2c S. 138).

Die ausserordentliche Methode ist keine Untervariante der allgemeinen Methode, da sie in jenen Fällen zur Anwendung gelangt, in welchen selbst eine hypothetische Ermittlung der Erwerbseinkommen nicht möglich ist. Folglich fällt für die erwerbliche Gewichtung ein Einkommensvergleich ausser Betracht. Um die wirtschaftliche Gewichtung vorzunehmen, bietet sich an, den Wert der verschiedenen Betätigungen im Verhältnis zueinander festzustellen und mit der Einschränkung im jeweiligen Tätigkeitsbereich in Beziehung zu setzen. Für die Bemessung des wirtschaftlichen Werts einer Tätigkeit liegt es nahe, von den diesbezüglichen, möglichst einzelfallbezogenen Ansätzen auszugehen; diese können etwa bei den branchenspezifischen Berufsverbänden erfragt werden (BGE 128 V 29 E. 4a - c S. 32). Alsdann ist nach der in BGE 128 V 29 E. 4c S. 33 dargelegten Formel vorzugehen.

**2.3** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.3.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12).

**2.3.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.3.3** 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** 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 mit Verfügung vom 24. Juni 2005 (AB 44) bzw. Einspracheentscheid vom 9. November 2005 (AB 48) zugesprochene halbe Rente wurde im Rahmen eines Gesuchs um Rentenerhöhung vom 12. September 2006 (AB 54) mit Verfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) – nach umfassenden materiellen Abklärungen in medizinischer wie erwerblicher Hinsicht (vgl. AB 70, 84, 86, 92) – bestätigt. Folglich ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der bestätigenden Verfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) mit demjenigen bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 171) zu vergleichen und zu beurteilen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.2 hier vor).

**3.2** In der Verfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) hat sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 26. August 2008 (AB 86) gestützt. Darin stellten die Ärzte die folgenden Diagnosen (S. 14):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Fallfuss rechts infolge Radikulärsyndrom bei luxierter Diskushernie L4/5 rechts 05/02
- Leichtes chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei muskulärer Dysbalance bei Fehlstatik
- Leichtes chronisches zervikovertebrales Syndrom mit / bei Anterolisthesis HWK 3 gegen HWK 4 Grad 1 (4mm)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Coxarthrose beidseits mit / bei Hüft-TP rechts am 21.04.04

Als Folge des Fallfusses rechts leide der Beschwerdeführer an einer Gangbildstörung sowie einer Unsicherheit auf unebenem Gelände. Wahrscheinlich sekundär im Rahmen der Fehlbelastung hätten sich Rücken- und Nackenschmerzen entwickelt. Das Ausmass der Fusslähmung sei im

Vergleich mit den bisherigen klinischen postoperativen Untersuchungen gemäss Aktenlage unverändert geblieben (S. 12). Die jetzige, angepasste Tätigkeit sei zu 50 % zumutbar (4.5 Stunden pro Tag [S. 16]). Eine administrative Tätigkeit ohne Gehen auf unebener Unterlage, ohne Leitersteigen sowie mit Heben von Gewichten bis maximal 20kg sei uneingeschränkt während 8.5 Stunden pro Tag möglich und zumutbar (S. 16 f.).

**3.3** Seit Erlass der Verfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) präsentiert sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Im Bericht vom 10. April 2013 (AB 126 S. 5) diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie des Röntgeninstituts L.\_\_\_\_\_, zum MRI der HWS eine leichte Streckhaltung im Liegen, eine Osteochondrose C3/4 mit diskreter Retrolisthesis von C3, eine Osteochondrose C5/6 mit begleitender Spondylose, eine leichte Durchmesserreduktion des Spinalkanals auf Niveau C5/6, keine Myelopathie und eine breitbasige Begleitprotusion C5/6. Sodann hielt die Radiologin eine vorwiegend durch die degenerativen Knochenveränderungen bedingte subtotale Obliteration des Foramen intervertebrale C5/6 rechts und links mit möglicher Reizung des Nervs C6 beidseits sowie kleine Protrusionen C4/5 und C6/7 ohne Kontakt zu neuralen Strukturen fest.

**3.3.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte im Bericht vom 14. Mai 2013 (AB 127 S. 3 f.) die folgenden Diagnosen:

- Schulter- / Armschmerzen links
  - klinisch Verdacht auf Schulterpathologie
  - radiologisch foraminale Stenosen HWK 5/6 beidseits, chronische Zervikalgien seit Jahren
- Links thorakale Beschwerden, DD muskuloskelettär

Weiter hielt der Neurologe diverse Nebendiagnosen fest. Zu den Nacken- und Armbeschwerden könnten keine harten Fakten im Sinne eines neurologischen Ausfalls dokumentiert werden, der schmerzhaft betroffene M. deltoideus zeige im EMG ein normales Aktivitätsmuster und keine pathologischen Befunde. Auch sei die Neurographie des N. medianus bis nach proximal, also die Plexusanteile, normal. Der radiologische Befund am MRI der HWS sei zwar bezüglich der Degeneration des Segments HWK 5/6

eindrücklich, eine klare Neurokompression sehe er allerdings nicht, was auch zu den negativen Provokationstests passe.

**3.3.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie des Röntgeninstituts M. \_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 21. Mai 2013 (AB 126 S. 4) zum Arthro-MRI der Schulter links eine Impingementkonstellation bei leichtem Humeruskopfhochstand mit verschmälertem subakromialem Raum, eine leicht aktivierte AC-Gelenksarthrose, eine leichte Bursitis subacromialis, eine Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit aufgerauhter Unterfläche sowie eine Insertionstendinopathie der Subscapularissehne.

**3.3.4** Im Bericht vom 26. Mai 2014 (AB 126 S. 1 ff.) attestierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen stationären Gesundheitszustand hinsichtlich des sensomotorischen Ausfallsyndroms. Es liege eine Verschlechterung bezüglich Cervikalsyndrom, Schulterschmerzen links sowie unklare kardiale Beschwerden vor (S. 1). Gleichzeitig verwies er auf eine diagnostische Aufstellung vom 8. Februar 2013 (AB 126 S. 6). Es bestehe eine Gehunsicherheit, vor allem auf unebenem Gelände, sowie vermehrte belastungsabhängige Schmerzen in den betroffenen Gelenken. Die Zumutbarkeit in der bisherigen Erwerbstätigkeit könne nicht quantifiziert werden, betrage aber maximal 50 % (S. 3).

**3.3.5** RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte im Bericht vom 26. August 2014 (AB 129) – neben solchen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – die nachstehenden Diagnosen (S. 5 f.):

- Chronifiziertes lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom
- Diskushernie L4/5 mit Sequestrierung
- Subacromiales Impingement links

Mit dem subacromialen Impingement links, dem im Mai 2013 durchgeführten Arthro-MRI der Schulter links bzw. dem Nachweis von Insertionstendinopathien der Supraspinatus- und der Subscapularissehnen und einer Bursitis subacromialis (vgl. Bericht des Röntgeninstituts M. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2013 [AB 126 S. 4]) liege eine neue Diagnose vor. Zusätzlich sei eine Arthrose des acromioclavikulären Gelenks links beschrieben worden. Ein subacromiales Impingement lasse sich physiotherapeutisch behandeln und die Bursitis subacromialis spreche gut auf eine subacromiale Gluco-

corticoide Infiltration an. Mit Verweis auf den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2013 (AB 127 S. 3 f.) führte der RAD-Arzt aus, da aus der neuen Diagnose keine funktionellen Einschränkungen resultierten und die Rotatorenmanschette klinisch sowie MR-tomographisch intakt sei, blieben die von den Rheumatologen im Gutachten vom 26. August 2008 (AB 86) aufgeführten Zumutbarkeitsprofile unverändert gültig. Im Zusammenhang mit dem chronischen zerviko-vertebralen Schmerzsyndrom sei von den rheumatologischen Gutachtern bereits im Jahr 2008 eine Einschränkung für Tätigkeiten mit Arbeiten auf Schulterhöhe definiert worden. Für das Heben von schweren Lasten habe der Beschwerdeführer einen Angestellten sowie einen Kran. Eine vorwiegend leichte sitzende Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar. Im Übrigen lägen keine neuen Befunde, Diagnosen und Einschränkungen vor, welche die Zumutbarkeitsprofile beeinflussen könnten (AB 129 S. 6). Die Schulterproblematik bestehe seit Herbst 2012 und die genaue Diagnose sei im Mai 2013 gestellt worden (S. 7).

**3.3.6** Im Schreiben vom 20. Januar 2016 (AB 145) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zuhanden des Unfallversicherers aus, der Beschwerdeführer leide an multiplen Beschwerden, einerseits im Rahmen eines mittelschweren Schlaf-Apnoe-Syndroms, andererseits dürften auch funktionelle Komponenten mitspielen. Es werde in den Sprechstunden immer wieder thematisiert, dass er als spezialisierter Installateur über etliche Jahre mit Chromstahlstaub resp. den Abrieben der Epoxidharze in den Schleifscheiben ausgesetzt gewesen sei.

**3.3.7** Im Bericht vom 15. Mai 2017 (AB 165) stellte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, die folgenden Diagnosen (S. 2):

- Mechanisch statisch bedingtes generalisiertes Schmerzsyndrom
- Burnout-Symptomatik 2012

In Zusammenschau der Befunde könne als Ursache für die muskuloskeletale Beschwerdesymptomatik ein generalisiertes mechanisch statisch bedingtes myofasiales Schmerzsyndrom festgehalten werden. Dabei bestünden ausgeprägte Tendomyosen und Triggerpunkte der Schulter-/Beckengürtelmuskulatur wie auch der periarthropathischen Weichteilstruktur im Bereich der gelenkstabilisierenden Muskulatur an Ellbogen-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenken. Ansonsten liessen sich hingegen keine Hin-

weise für eine radikuläre Symptomatik, für eine ossäre Instabilität oder aber für eine Facettengelenksaffektion im Bereich der HWS und LWS festhalten. Zusätzlich zeigten sich aktuell auch keine Schwellungen, Rötungen oder Überwärmungen der peripheren Gelenke bei vorbestehend bekannter Hüft- und Kniegelenkarthrose. Bei negativer Rheumaserologie, fehlenden humoralen Entzündungswerten sowie aspektmässig fehlenden Stigmata sei auch ansonsten eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis zum aktuellen Zeitpunkt unwahrscheinlich. Auch eine klassische Impingement-Konstellation der Schultergelenke beidseits, insbesondere links, lasse sich trotz MR-tomographisch dokumentierter leichter subacromialer Einengung klinisch nicht bestätigen (S. 3).

**3.3.8** RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 5. Januar 2018 (AB 167) aus, im neu vorliegenden Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2017 (AB 165) würden die gleichen Diagnosen wie in der letzten RAD-Stellungnahme (vom 26. August 2014 [AB 129]) gestellt. Alle diese Elemente seien in den Zumutbarkeitsprofilen reflektiert und vom RAD bereits diskutiert worden. Die beiden Zumutbarkeitsprofile des rheumatologischen Gutachtens vom 26. August 2008 (AB 86) würden weiterhin Gültigkeit behalten (AB 167 S. 5).

**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).

**3.4.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

schlaggebend 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).

**3.4.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). 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).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 171) massgeblich auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 26. August 2014 (AB 129) und 5. Januar 2018 (AB 167). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor) und überzeugen. Anamnese, Verlauf und gegenwärtiger Status sind in den Akten ausführlich dokumentiert und der Untersuchungsbefund liegt lückenlos vor (vgl. hierzu RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Die Ausführungen in der medizinischen Beurteilung sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolge-

rungen sind nachvollziehbar begründet. Schliesslich liegen auch keine Widersprüche zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte vor.

**3.5.1** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte am 26. August 2014 bezüglich der Rückenschmerzen aus, dass diese seit dem Jahr 2001 bestünden (AB 129 S. 3). Im Jahr 2002 war durch eine körperliche Bewegung eine akute Zunahme erfolgt, was zu einer notfallmässigen Spitaleinweisung und in der Folge zur Operation vom Mai 2002 führte (vgl. AB 9 S. 6, 14 S. 6, 18, 38 S. 1). Nach dieser Operation verstärkten sich die Rückenschmerzen bei gleichzeitiger Lähmung des Beins (vgl. AB 9 S. 6, 18 S. 1 und 5, 25 S. 1, 45 S. 2, 86 S. 7 f.) und es bestanden vermehrt Hüftschmerzen (AB 38 S. 1, 59 S. 9), welche im April 2004 zur Implantation einer Hüfttotalprothese führten (AB 59 S. 11). Die Gutachter des Spitals C.\_\_\_\_\_ hielten bereits im Sommer 2008 ein lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom fest (AB 86 S. 14). Es überzeugt deshalb, wenn Dr. med. H.\_\_\_\_\_ ausführt, die diesbezüglich heute geklagten Einschränkungen seien im von den Rheumatologen des Spitals C.\_\_\_\_\_ ermittelten Zumutbarkeitsprofil (AB 86 S. 16 f.) bereits berücksichtigt worden (AB 129 S. 3). Sodann sind auch die beklagten Nackenschmerzen langjährig bekannt, berichtete der Beschwerdeführer im Sommer 2008 auch gegenüber den rheumatologischen Gutachtern hiervon (AB 86 S. 7 f.) und stellten diese die Diagnose eines chronischen zervikovertebralen Syndroms (AB 86 S. 14). Am 10. April 2013 erfolgte ein MRI der HWS (AB 126 S. 5), wobei der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_\_ danach zwar die Degeneration des Segments HWK 5/6 erwähnte, allerdings weiterhin keine klare Neurokompression sah (AB 127 S. 4). Insofern überzeugt die diesbezügliche Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, wonach die auch aktuell geklagten chronischen Nackenschmerzen den rheumatologischen Gutachtern im Jahr 2008 bereits bekannt gewesen seien und seither keine signifikante bildmorphologische Verschlechterung der lokalen Befunde vorliege (AB 129 S. 4). Schliesslich ist die Lähmung der rechten unteren Extremität seit der Operation vom 31. Mai 2002 (AB 18 S. 15) unbestrittenermassen ohne Veränderung vorhanden (vgl. AB 86 S. 12), womit Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise festhält, es sei nicht mehr zu erwarten, dass sich diese Problematik verbessern werde (AB 129 S. 4).

**3.5.2** Soweit der Beschwerdeführer eine gesundheitliche Verschlechterung mit Schmerzen in der Herzgegend und im linken Arm aufführt (AB 113 S. 1), ist auf den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2013 zu verweisen, wonach die vorgenommenen kardiologischen Abklärungen unergiebig geblieben sind und neurologische Ausfälle nicht dokumentiert werden konnten (AB 127 S. 3 f.). Schlüssig und nachvollziehbar führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ darauf basierend aus, dass aus dieser Problematik keine funktionellen Einschränkungen resultierten, welche die Zumutbarkeitsprofile beeinflussen könnten (AB 129 S. 4).

**3.5.3** Ferner wurden neu angegebene Schulterschmerzen links abgeklärt. Nachdem Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Schulterpathologie vermutet hatte (AB 127 S. 4), ergab das MRI der Schulter links vom 21. Mai 2013 eine Impingementkonstellation bei leichtem Humeruskopfhochstand mit verschmälertem subakromialem Raum, eine leicht aktivierte AC-Gelenksarthrose, eine leichte Bursitis subacromialis sowie eine Insertions-tendinopathie der Supraspinatus- und der Subscapularissehne (AB 127 S. 5). Diesbezüglich hielt der RAD-Arzt in nachvollziehbarer Weise fest, dass zwar neue Diagnosen zu stellen seien, die Rotatorenmanschette links jedoch klinisch intakt sei und keine funktionellen Ausfälle bestünden; Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe ein neurologisches Problem ausgeschlossen. Ein subacromiales Impingement sei physiotherapeutisch gut zu behandeln bzw. die Bursitis subacromialis spräche gut auf eine subacromiale Glucocorticoide Infiltration an, weshalb die von den rheumatologischen Gutachtern ermittelten Zumutbarkeitsprofile unverändert Anwendung fänden (AB 129 S. 6). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Rheumatologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2017 (AB 165). Auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ konnte klinisch keine massgebliche Auswirkung der Impingement-Konstellation der Schultergelenke erheben. Die von ihm ausgemachten ausgeprägten Tendomyosen und Triggerpunkte der Schulter-/Beckengürtelmuskulatur als auch der periarthropathischen Weichteilstruktur im Bereich der gelenksstabilisierenden Muskulatur an Ellbogen-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenke führen bei fehlenden objektiven funktionellen Einschränkungen der Beweglichkeit der Gelenke zu keiner Veränderung des Zumutbarkeitsprofils (AB 167 S. 5). Der behandelnde Rheumatologe fand schliesslich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik, eine

ossäre Instabilität oder eine Facettengelenksaffektion, keine Schwellungen, Rötungen oder Überwärmungen der peripheren Gelenke, eine negative Rheumaserologie, fehlende humorale Entzündungswerte sowie aspektmässig fehlende Stigmata bei unwahrscheinlicher sonstiger Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis (AB 165 S. 3). Wenn der RAD-Arzt vor diesem Hintergrund am 5. Januar 2018 (AB 167) die gleichen Diagnosen wie in seiner Stellungnahme vom 26. August 2014 (AB 129) stellte und abermals die weitere Gültigkeit des von den rheumatologischen Gutachtern des Spitals C. \_\_\_\_\_ ermittelten Zumutbarkeitsprofils bestätigte, so überzeugt dies.

**3.5.4** Bezüglich des geltend gemachten Schlaf-Apnoe-Syndroms führte der RAD-Arzt überzeugend aus, dass keine Einschränkungen resultierten. Ein solches Syndrom sei bei entsprechender Indikation mit einer Nachtmassage behandelbar. Objektive funktionell kardio-pneumologische Einschränkungen werden nicht rapportiert (AB 167 S. 5).

**3.6** Zusammenfassend haben sich die gesundheitliche Situation sowie die damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Rentenverfügung vom 7. Dezember 2010 (AB 102) nicht in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert, womit ein medizinischer Revisionsgrund im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 171) auszuschliessen ist. Die im Jahr 2008 gutachterlich erhobenen funktionellen Einschränkungen sind damit weiterhin massgeblich.

Soweit der Beschwerdeführer hingegen während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens – und damit nach Verfügungserlass – neue medizinische Berichte hinsichtlich einer notfallmässigen Selbstvorstellung bei Exazerbation von Rückenschmerzen (AB 180 S. 10 ff.) und hierauf erfolgtem operativen Eingriff (AB 180 S. 6 ff.) einreichte, bilden diese Hinweis für eine seither eingetretene, jedoch – bei komplikationslosem postoperativem Verlauf und zeitgerechter Rehabilitation – nicht längerdauernde gesundheitliche Veränderung (vgl. AB 180 S. 8), weshalb die dem Gericht vorgelegten Berichte nicht als Revisionsgesuch an die Beschwerdegegnerin weiterzuleiten sind.

**3.7** Zu prüfen bleibt, ob in erwerblicher Hinsicht eine Veränderung eingetreten ist, welche zu einer allfälligen freien Prüfung des bisherigen Rentenanspruchs führt.

Der Beschwerdeführer war seit 1986 als selbständig erwerbender ... tätig. Diese Tätigkeit übte er zugunsten zweier Hauptauftraggeber (J. \_\_\_\_\_ / K. \_\_\_\_\_) in einer sich in seinem Eigentum befindlichen Werkstatt bzw. im Büro des damaligen Einfamilienhauses sowie in einer von der J. \_\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Werkstatt aus (AB 69 S. 14 f.). Dabei war er ohne Behinderung bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 50 Stunden pro Woche im Wesentlichen während vier Arbeitstagen und 37 Stunden (Montag bis Donnerstag) in der J. \_\_\_\_\_ sowie am Freitag und teilweise am Samstag für kleinere Aufträge in der eigenen Werkstatt tätig (AB 69 S. 17). Seit Januar 2005 wurden von der J. \_\_\_\_\_ sowie kurz darauf auch vom K. \_\_\_\_\_ keine Aufträge mehr erteilt, dies weder an den Beschwerdeführer noch an Dritte (AB 69 S. 16). Mit Blick auf die damals den Medien zu entnehmenden wirtschaftlichen Probleme und in der Folge den Untergang der J. \_\_\_\_\_ überzeugt, wenn die Beschwerdegegnerin schliesslich im Rahmen der letzten Beurteilung im Jahr 2010 ausführte, die Aufträge seien wegen Sparmassnahmen und damit ungeachtet der gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers ausgeblieben (AB 92 S. 2). Mit dem definitiven Verlust des Hauptkunden hatte sich das zum normalen Betriebsrisiko gehörende sog. Klumpenrisiko verwirklicht (vgl. ARV 2011 S. 69 E. 4.4, 2008 S. 159 E. 2.3). Diesen invaliditätsfremden Gegebenheiten hat die Beschwerdegegnerin im März 2010 dadurch Rechnung getragen, dass sie das Valideneinkommen nun anhand theoretischer Daten festgesetzt hat (AB 92 S. 2 f., vgl. E. 2.2.2 hiervor). Davon ist sie auch in der hier angefochtenen Verfügung ausgegangen (AB 153 S. 3, 171 S. 1). Dies ist nicht zu beanstanden, denn es bestehen auch unter Berücksichtigung der beiden Grosskunden keine Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer als Gesunder nicht weiterhin als Selbständigerwerbender tätig gewesen wäre. Dies entspricht schliesslich auch seinem Verhalten mit Gesundheitsschaden.

Bei gleich gebliebenem medizinischen Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.6 hiervor) ist auch bezüglich des hypothetischen Einkommens mit Gesundheits-

schaden keine Veränderung eingetreten. Dabei ist zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Invalideneinkommens trotz der von den rheumatologischen Gutachtern im August 2008 attestierten uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (AB 86 S. 17), vom Beschwerdeführer keinen Wechsel in eine dem Zumutbarkeitsprofil entsprechende vollschichtige Angestelltentätigkeit verlangt hat und somit keine vollständige Anrechnung gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2006, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Total, Männer (Fr. 4'732.--), vorgenommen hat, was unter Umständen zur Reduktion oder Aufhebung der halben Rente geführt hätte. Vielmehr ging die Beschwerdegegnerin – zugunsten des Beschwerdeführers, was im vorliegenden Verfahren aber mangels Veränderung nicht zu überprüfen ist – sowohl im Jahr 2010 wie auch im Jahr 2016 von einem hypothetischen Invalideneinkommen bei einer 50%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Damit präsentieren sich die erwerblichen Verhältnisse gesamthaft weiterhin unverändert.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass im hier massgeblichen Überprüfungszeitraum weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation oder der sonstigen tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes ist dem Beschwerdeführer weiterhin eine halbe Rente auszurichten, womit die gegen die Verfügung vom 10. Januar 2018 (AB 171) erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **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** Es 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):
  - 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.