

200 18 294 IV
LOU/PRN/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Februar 2019

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. März 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich nach einer Früherfassung im April 2009 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1) im Mai 2009 bei der IVB zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab er starke Rückenschmerzen bei körperlicher Anstrengung verbunden mit Kopfschmerzen und Ausstrahlung in die Brust nach einem Autounfall im März 2004 an (AB 6). Nach Einholung diverser erwerblicher und medizinischer Unterlagen gewährte die IVB einen persönlichen Support am Arbeitsplatz (AB 25, 29, 37, 44). Am 24. September 2010 wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen, da der Versicherte in seinem eigenen Betrieb bestmöglich eingegliedert war (AB 45). Weiter veranlasste die IVB unter anderem einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. Dezember 2010 (AB 52), einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 18. März 2011 (AB 55) und einen weiteren Bericht des RAD vom 21. März 2011 (AB 56). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 57) und Einholung von Stellungnahmen des RAD sowie des Abklärungsdienstes vom 18. bzw. 30. Mai 2011 (AB 65 f.) verfügte die IVB die Abweisung des Rentenanspruchs, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vorliege (AB 67). Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 68) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 7. September 2012 ab (IV/2011/644; AB 76).

B.

Im Februar 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen Rückenschaden seit 2004 bzw. einen erneuten Verkehrsunfall im Jahr 2015 bei der IVB zum Leistungsbezug neu an (AB 85). In der Folge holte die IVB unter anderem die Akten der C._____ welche ihre Leistungen per 25. August 2016 eingestellt hatte (AB 93.3, S. 1 ff.; 93.14, S. 5 f.), das im Auftrag des Regionalgerichts D._____ erstellte Gutachten des Zen-

trums E._____ vom 7. September 2016 (AB 109) und einen Bericht des RAD vom 7. August 2017 (AB 113) ein. Mit Vorbescheid vom 31. August 2017 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da der Versicherte seit dem 1. Juni 2016 wieder in der Lage sei, seine bisherige Tätigkeit vollumfänglich auszuüben (AB 114). Auf den hiergegen erhobenen Einwand hin (AB 115, 119) holte die IVB eine Stellungnahme des RAD vom 10. Januar 2018 (AB 122) ein und verfügte am 2. März 2018 wie in Aussicht gestellt (AB 123).

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B._____, am 18. April 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 2. März 2018 aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% zuzusprechen.
3. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erneuten Abklärungen den Leistungsanspruch neu verfüge; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, durch den Unfall vom 13. Oktober 2015 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hätte daher die entsprechenden Auswirkungen in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit prüfen müssen. Ebenfalls wäre zu prüfen gewesen, ob und wie sich die psychischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Der Bericht des RAD-Arztes vom 10. Januar 2018 sei nicht schlüssig und habe keinen Beweiswert. Vielmehr sei auf das Gutachten des Zentrums E._____ abzustellen, wonach eine angepasste Tätigkeit zu 50% bis 60% zumutbar sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2018 beantragte die IVB 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 2. März 2018 (AB 123). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [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 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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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 Neuanschuldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

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 1. Juni 2011 (AB 67), bestätigt durch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 7. September 2012 (AB 76, IV/2011/644), mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2018 (AB 123) zu vergleichen ist (E. 2.4 hiavor).

3.2 Die Ablehnung von Leistungen der Invalidenversicherung im Juni 2011 erfolgte aus medizinischer Sicht im Wesentlichen gestützt auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 23. Dezember 2010, 21. März und 18. Mai 2011 (AB 52, 56, 65).

Im Bericht vom 23. Dezember 2010 stellte der RAD-Arzt keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Status nach BWS-Kontusion bei Morbus Scheuermann 2004 (AB 52, S. 4). Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit ohne jegliche Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als ... und ... (AB 52, S. 5).

Im Bericht vom 21. März 2011 ergänzte Dr. med. F._____, wie seinem Bericht vom 23. Dezember 2010 zu entnehmen sei, müsse die primäre Diagnose angezweifelt werden. Davon unabhängig könne davon ausgegangen werden, dass normalerweise sechs Monate nach einer Deckplattenimpressionsfraktur im Bereich der Brustwirbelsäule wieder eine volle Belastung bestehe. Eine fachärztliche Beurteilung sei aber erst am 13. Oktober 2005 durch Dr. med. G._____, Facharzt für Neurochirurgie, erfolgt, der – bei guter Abheilung der Frakturen und bei Fehlen einer Instabilität – keinen Handlungsbedarf gesehen habe. Mit MRI der BWS und LWS vom 16. November 2006 sei definitiv dokumentiert, dass keine posttraumatischen Veränderungen bestünden. Es könne davon ausgegangen werden, dass ab dem 13. Oktober 2005 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei (AB 56, S. 2). Mit Stellungnahme vom 18. Mai 2011 hielt der RAD-Arzt an dieser Einschätzung fest (AB 65).

3.3 Zum Gesundheitszustand sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der Verfügung vom 1. Juni 2011 (AB 67) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.3.1 Im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde vom 16. September 2015 im Spital H._____ diagnostizierten die Ärzte im Bericht vom 13. Oktober 2015 ein thorakospondylogenes Schmerzsyndrom BWK 7-9 links (AB 93.33, S. 1).

3.3.2 Am 13. Oktober 2015 wurden im Spital I._____ in ... Röntgenaufnahmen der HWS und BWS gemacht (AB 93.80). Es wurde die folgende Beurteilung festgehalten: „Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 8 und insbesondere BWK 9. Konventionell-radiologisch keine eindeutigen Hinterkanten-Mitbeteiligungen. Diesbezüglich Korrelation mittels CT im Verlauf ratsam. In Relation zum Alter des Patienten bereits fortgeschrittene degenerative Veränderungen an der HWS, ohne eindeutige akute Traumafolgen. Streckfehlhaltung der HWS muskulärer Genese“.

Am 16. Oktober 2015 erfolgte im Spital I._____ in ... ein CT der BWS (AB 93.74). In der Beurteilung wurde festgehalten: „Keine Fraktur. Ossär degenerative Veränderungen und Bandscheibendegeneration BWK 8 und BWK 9“.

3.3.3 Der nach dem Unfall vom 13. Oktober 2015 erstbehandelnde Hausarzt Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Arzzeugnis UVG vom 28. Oktober 2015 ein Schleudert trauma HWS, eine Prellung des Thorax und einen Status nach BWS 9-Fraktur 2004. Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 13. Oktober 2015 (AB 93.76; 93.78, 93.84, 93.89).

Im Bericht vom 13. November 2015 diagnostizierte der Hausarzt einen Status nach Autounfall vom 15. (richtig: 13.) Oktober 2015, chronische Rückenschmerzen und eine depressive Symptomatik (AB 93.77, S. 1). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 30. November bis am 1. Dezember 2015 und von 100% ab dem 2. Dezember 2015 (AB 93.70; 93.68).

Im Bericht vom 4. Januar 2016 diagnostizierte Dr. med. J._____ eine depressive Symptomatik, eine chronische Schmerzsymptomatik, einen

Verdacht auf eine somatoforme Störung und einen Status nach Autounfall am 13. Oktober 2015. Aufgrund der chronischen Schmerzen sei ein bleibender Nachteil zu erwarten (AB 93.62, S. 1). Ab dem 19. Januar 2016 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (AB 93.65; 93.58; 93.43; vgl. auch Berichte vom 14. März und 27. April 2016, AB 93.46 und 93.42).

3.3.4 Am 20. April 2016 erfolgte im Spital I. _____ in ... ein MR HWS und BWS nativ (AB 93.41). Es wurde die folgende Beurteilung festgehalten: „Keine diskale/radikuläre Pathologie an der HWS bei allenfalls minimaler knöcherner foraminaler Enge HWK 4/5 und 5/6. Die Deckenplatteneinbrüche der BWK 8 und 9 sind am ehesten degenerativ einzuordnen; unverändert zum CT vor einem halben Jahr kein Nachweis einer Fraktur“.

3.3.5 Im Bericht vom 31. Mai 2016 führte Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, aus, er könne die Schmerzen des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht erklären. Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung ergäben sich nicht. Im klinischen Status fänden sich keine relevanten Veränderungen. Insbesondere würden Zeichen von Verletzungen der Nervenwurzeln an der BWS und des Brustmarkes fehlen. Er denke, dass die Schmerzen auf die Läsionen des Bewegungsapparates zurückzuführen seien. Unklar seien die vom Beschwerdeführer berichteten Gefühlsstörungen an den Händen. Hierdurch werde der Beschwerdeführer jedoch kaum belästigt. Er empfahl eine erneute radiologische Abklärung der BWS und zudem eine Bildgebung der Cervikalregion (AB 93.29, S. 1).

3.3.6 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 12. August 2016 aus, es lägen keine strukturell objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 13. Oktober 2015 vor. Die Impressionsfrakturen BWK 8 und 9 seien vorbestehend von einem Unfall im Jahre 2004. Von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Die heute geltend gemachten BWS-Schmerzen seien nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 13. Oktober 2015 zurückzuführen. Diese seien vorbestehend und auf den Unfall von 2004 zurückzuführen (AB 93.20, S. 2).

3.3.7 In dem vom Regionalgericht D._____ in Auftrag gegebenen Gutachten des Zentrums E._____ vom 7. September 2016 diagnostizierten Dr. med. M._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und Physiotherapeutin N._____ (im Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 2004) ein chronisches belastungsverstärktes thorakovertebrales und spondylogenes Syndrom und (nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 2004) degenerative Veränderungen der unteren LWS (nicht symptomatisch; AB 109, S. 12). Rein organisatorische Aufgaben in der angestammten Tätigkeit, die der Beschwerdeführer als Teil der Aufgabe ausgeführt habe, aber einen geringen Umfang eingenommen hätten, wären grundsätzlich zumutbar (medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von ca. 10% bezogen auf das Gesamtpensum). Die Ausübung des Berufes als ... sei dem Beschwerdeführer seit dem ersten Unfallereignis im März 2004 zu keinem Zeitpunkt zumutbar gewesen. Eine leichte, wechselpositionierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in reduziertem Ausmass zumutbar. Eine rein sitzende Tätigkeit sei zumutbar, falls diese Tätigkeit durch Stehen kurzzeitig unterbrochen werden könne, was einen Sitz-Steharbeitsplatz voraussetze. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit entspreche einer leichten, wechselpositionierten Tätigkeit mit Ausübung von Ein ergonomischer Arbeitsplatz sei vorhanden. In zeitlicher Hinsicht ergäben sich auch bei den statischen Aufgaben wie Sitzen, Stehen, längeres Sitzen, vorgeneigtes Sitzen und Rotieren im Sitzen und Stehen erhebliche Einschränkungen. Die Kumulation einer reduzierten Anwesenheit ergäbe dabei 4.5 Stunden pro Tag, wobei die Arbeit aufgeteilt werden sollte. Dies entspreche im Wesentlichen einer 50% - 60%-igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Ganztagespensum. Eine zusätzliche Leistungsminderung bestehe nicht (AB 109, S. 14).

3.3.8 Im Bericht vom 23. November 2016 diagnostizierte Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine HWS-Distorsion und Thoraxkontusion bei Autounfall am 13. Oktober 2015 (unfallkausal), einen Status nach Impression der Deckplatten BWK 8 und BWK 9, zurückgeführt auf einen Autounfall im Jahr 2004, sowie einen Verdacht auf eine Depression (AB 93.4, S. 3). Das Unfallereignis habe nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der vorgeschädigten BWS geführt,

die bildgebend oder klinisch nachweisbar seien. Es handle sich bei den im Rahmen des Unfallereignisses vom 13. Oktober 2015 geltend gemachten Beschwerden um eine vorübergehende Verschlimmerung von Vorzuständen. Es sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen an der HWS und BWS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 31. Mai 2016 keine Rolle mehr gespielt hätten, sondern nur noch der Vorzustand für die Beschwerden verantwortlich gewesen sei (AB 93.4, S. 5).

3.3.9 Im Bericht vom 10. Januar 2017 diagnostizierte Dr. med. P._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei welchem der Beschwerdeführer seit September 2016 in Behandlung ist (vgl. AB 103, S. 12 f.), ein schweres chronisches Schmerzsyndrom, vor allem im Bereich der Spitze des Schulterblattes links paravertebral seit Jahren. Es sei zweimal eine Infiltration C7 links durchgeführt worden. Zweimal sei es zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen (AB 103, S. 10). Der Beschwerdeführer habe aber gesagt, dass er nach dieser Infiltration den Kopf deutlich besser nach links und rechts drehen könne, d.h. dass die Kopfbewegung nun freier und schmerzfreier sei. Dr. med. P._____ verordnete bei Verdacht auf eine chronische Instabilität Th7 bis Th10 ein 3-Punkte-Korsett. Dieses werde der Beschwerdeführer für die nächsten Wochen immer tragen, sobald er auf sei, insbesondere beim Sitzen. In den nächsten Tagen werde auch ein SPECT-CT der Wirbelkörper Th6 bis Th11 durchgeführt (AB 103, S. 11; vgl. auch Bericht vom 16. Oktober 2017 betreffend Kostenübernahme für 3-Punkte-Korsett: AB 118).

3.3.10 Am 12. Januar 2017 erfolgte in der Klinik Q._____ eine Dreiphasen-Skelettszintigraphie und ein SPECT-CT der BWS (AB 103, S. 8). Es wurde die folgende Beurteilung festgehalten: „Kein Nachweis frischer oder älterer Frakturen der BWS. Vereinzelt leichte degenerative Veränderungen der unteren HWS sowie an mehreren Costotransversalgelenken. Einzeln etwas ausgeprägtere aktive Facettengelenksarthrose Th10/11 rechts. AC-Gelenksarthrose. In erster Linie traumatische DD degenerative Veränderungen am Malleolus medialis links“.

3.3.11 Dr. med. J._____ diagnostizierte im Bericht vom 10. März 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Nackenschmerzen mit Ausstrahlung

in den Hinterkopf, chronische Schmerzen im Rücken, einen Status nach Autounfall 2004 und 2015 sowie eine depressive Symptomatik (AB 103, S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 50% (AB 103, S. 4).

3.3.12 Im Bericht vom 7. August 2017 stellte die RAD-Ärztin Dr. med. R._____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie einen Status nach den Verkehrsunfällen in den Jahren 2004 und 2015, eine fortgeschrittene Degeneration der Bewegungssegmente C5/6/7 mit konsekutiven neuroforaminalen Engen beidseits, mehr links als rechts, und einen Verdacht auf eine Depression. Es seien keine Gesundheitsschäden aufgeführt worden, die eine wesentliche Beeinträchtigung in der angestammten Tätigkeit als ... begründen würden. Diese Tätigkeit sei gleichzeitig als optimal leidensangepasst zu betrachten, da sie wechselbelastend ausgeübt werde (AB 113, S. 4). Die bleibende Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit als ... könne nicht medizinisch nachvollzogen werden. Ab dem 31. Mai 2016 seien keine Unfallfolgen mehr vorhanden gewesen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als ... oder in einer anderen optimal leidensangepassten Tätigkeit erklären würden. Es sei ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (AB 113, S. 5).

3.3.13 In der Stellungnahme vom 10. Januar 2018 führte der RAD-Arzt Dr. med. S._____ aus, den Erkenntnissen der C._____, wonach mit dem Unfall keine strukturell und objektiv zusätzlich zu den Beschwerden seit dem Unfall von 2004 fassbare Läsionen nachweisbar seien, könne der Bericht des Zentrums E._____ vom 7. September 2016 nichts Beweisbares entgegenbringen. Dr. med. M._____ habe nach der EFL festgestellt, er sei erstaunt über das Ausmass der gezeigten Einschränkungen, dass aber den Beschwerden keine sichere strukturelle Läsion zuzuordnen sei (CT vom 16. Oktober 2015). Die Argumentation des Zentrums E._____ mit der Postulierung einer stark reduzierten AUF von 50% beziehe sich auf die Folgen des alten Unfalls von 2004, über welche bereits 2011 verfügt worden sei. Mit dem erneuten Unfall sei es nicht zu einem richtungsweisenden neuen Beschwerdebild gekommen, das länger als ein Jahr angehalten habe. Gemäss Bericht des Zentrums E._____ habe

der zweite Unfall von 2015 nur einen geringen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit. Das zweite Ereignis habe nur eine vorübergehende Verschlechterung des Vorzustandes zur Folge gehabt und spätestens drei Monate nach dem Unfall sei der Status quo sine wieder erreicht worden. Es lasse sich deshalb nicht aufrecht erhalten, dass weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit attestiert werden solle (AB 122, S. 3).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 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 Beweismittelprüfung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärz-

tinnen 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. R._____ vom 7. August 2017 (AB 113, S. 3 ff.) und auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. S._____ vom 10. Januar 2018 (AB 122, S. 3). Auf deren Einschätzung kann jedoch nicht abschliessend abgestellt werden (vgl. E. 3.4 hiervor). Dr. med. R._____ diagnostizierte im Bericht vom 7. August 2017 – ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – unter anderem eine fortgeschrittene Degeneration der Bewegungssegmente C5/6/7 mit konsekutiven neuroforaminalen Engen beidseits, mehr links als rechts (AB 113, S. 4). Diese Diagnose stimmt mit den Ergebnissen der bildgebenden (radiologischen) Untersuchung vom 13. Oktober 2015 überein, wo ebenfalls fortgeschrittene degenerative Veränderungen an der HWS festgestellt werden konnten (AB 93.80). Auch der behandelnde Dr. med. P._____ stellte die Diagnose eines schweren chronischen Schmerzsyndroms, vor allem im Bereich der Spitze des Schulterblattes links paravertebral seit Jahren, unter anderem mit/bei fortgeschrittener Degeneration der Bewegungssegmente C5/C6, C6/C7 mit konsekutiven neuroforaminalen Engen beidseits, mehr links als rechts, zweimalige Infiltration C7 links mit anschliessender Besserung der Beschwerden am zervi-

kothorakalen Übergang, wobei seit dem Verkehrsunfall im Jahr 2015 anhaltende, noch verstärkte Beschwerden bestünden (AB 103, S. 10). Schliesslich führte der Gutachter des Zentrums E. _____ aus, dass das CT der BWS vom 16. Oktober 2015 (AB 93.74) gegenüber der Voraufnahme vom 26. Juni 2008 leichte degenerative Veränderungen zeige (AB 109, S. 9 f.). Dr. med. R. _____ – wie auch Dr. med. S. _____ – machen jedoch keine weiteren Ausführungen zu den entsprechenden Veränderungen bzw. zu der Frage, weshalb sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben (sollen), was unter diesen Umständen angezeigt gewesen wäre. Weiter hat die RAD-Ärztin – ebenfalls ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – einen Verdacht auf eine Depression diagnostiziert (AB 113, S. 4). Bereits der Hausarzt Dr. med. J. _____ wie auch Dr. med. O. _____ stellten eine depressive Symptomatik bzw. einen Verdacht auf eine Depression fest (AB 93.46; 93.42, S. 1; 93.62, S. 1; 93.77, S. 1). Auch diesbezüglich haben sich die RAD-Ärzte nicht näher zu einer allfälligen psychiatrischen Problematik geäussert. Trotz den erwähnten Hinweisen durch verschiedene Ärzte wurden auch keine fachärztlichen psychiatrischen Abklärungen veranlasst. Soweit die RAD-Ärzte Dres. med. S. _____ und R. _____ schliesslich – gestützt auf den Bericht von Dr. med. O. _____ vom 23. November 2016 (AB 93.4) – darlegen, es liege lediglich eine vorübergehende Verschlechterung bis am 30. Mai 2016 (vgl. AB 113, S. 5; 122, S. 3) vor, vermag dies nicht zu überzeugen. Dr. med. O. _____ führte aus, das Unfallereignis vom 13. Oktober 2015 habe nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen an der vorgeschädigten BWS geführt und die Unfallfolgen an der HWS und BWS hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 31. Mai 2016 keine Rolle mehr gespielt. Es sei nur noch der Vorzustand – unter anderem fortgeschrittene degenerative Veränderungen an der HWS – für die Beschwerden verantwortlich gewesen (AB 93.4, S. 3 und 5). Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass vorliegend eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2011 zu prüfen bzw. es für den invalidenversicherungsrechtlichen finalen – anders als für den unfallversicherungsrechtlichen – Leistungsanspruch nicht im Vordergrund steht, ob der entsprechende Gesundheitsschaden traumatisch bedingt oder auf degenerative Faktoren zurückzuführen ist.

Demgegenüber kann auch nicht auf das im Zivilverfahren eingeholte Gutachten des Zentrums E. _____ vom 7. September 2016 abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 20. März 2004 nicht mehr und in einer angepassten Tätigkeit noch zu 50% bis 60% arbeitsfähig sei (AB 109, S. 14). Dazu führte der Gutachter des Zentrums E. _____ aus, der Unfall im Oktober 2015 habe eine vorübergehende Verschlechterung des Vorzustandes (welcher nach dem Unfallereignis im März 2004 aufgetreten sei) bewirkt, wobei der Status quo sine spätestens innert drei Monaten wieder erreicht worden sei. Er diagnostizierte ein chronisches belastungsverstärktes thorakovertebrales und spondylogenes Syndrom im Zusammenhang mit dem Unfallereignis im Jahr 2004 und degenerative Veränderungen der unteren LWS (nicht symptomatisch; AB 109, S. 12). Zunächst ist festzuhalten, dass der Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf den Unfall im Jahr 2004 zurückführt. Dabei wird dargelegt, dass der klinische Verlauf mit vorher fehlenden Beschwerden und hoher Leistungsfähigkeit für eine relevante Veränderung im Laufe des Zeitraumes nach dem Unfallereignis (im Jahr 2004) spreche (AB 109, S. 15). Diese Beurteilung steht jedoch im Widerspruch zu der Verfügung der IVB vom 1. Juni 2011 (bestätigt durch das rechtskräftigen Urteil des Verwaltungsgerichts vom 7. September 2012) und die damalige medizinische Aktenlage, worin gestützt auf die Einschätzung des RAD (AB 52, 56, 65) von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen wurde (AB 67; 76, S. 20; IV/2011/644, E. 4.3). Konkrete Ausführungen zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2011 können auch dem Gutachten des Zentrums E. _____ nicht entnommen werden. Kommt hinzu, dass der Gutachter des Zentrums E. _____ selber ausführt, dass das Ausmass der Funktionsstörung auch für ihn überraschend gewesen sei, da durch eine lokalisierte Schmerz- und Funktionsstörung selten solch erhebliche Einschränkungen bestünden (AB 109, S. 17). Insoweit ist davon auszugehen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit – bei nach wie vor unklarer Genese der Beschwerden – im Wesentlichen gestützt auf die subjektiven Angaben und Empfindungen des Beschwerdeführers und nicht aufgrund objektiver Beschwerden erfolgte.

3.6 Insgesamt erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, denn es kann nicht zuverlässig gesagt werden, welches die Auswirkungen des chronischen Schmerzsyndroms bzw. der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule sowie der allfälligen psychischen Probleme auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind bzw. ob überhaupt eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2011 und damit ein Revisionsgrund vorliegt. Die Akten sind deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen, welche (mindestens) eine interdisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Begutachtung anzuordnen hat, wobei es ihr bzw. den Gutachtern überlassen bleibt, allenfalls weitere Fachdisziplinen miteinzubeziehen. 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.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 2. März 2018 (AB 123) aufzuheben. Die Akten sind zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 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.

4.2 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).

Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch Rechtsschutzversicherungen wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung – wie im vorliegenden Fall – auf Fr. 180.-- festgelegt.

In der Kostennote vom 29. Mai 2018 hat Rechtsanwältin T. _____ von der B. _____ einen zeitlichen Aufwand von 9.35 Stunden und Auslagen von Fr. 20.-- geltend gemacht. Dies ist nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung der fachlich qualifizierten Vertretung ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'683.-- (9.35h x Fr. 180.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 20.--, insgesamt auf Fr. 1'703.--, festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 2. März 2018 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. 1'703.-- (inkl. Auslagen), zu ersetzen.
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.