

200 21 189 IV
KNB/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Mai 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im August 2010 unter Hinweis auf Rückenprobleme (Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Infiltration) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge tätigte diese erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Anästhesiologie und Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 21. Juni 2011 (AB 21) verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. September 2011 (AB 23) bei einem Invaliditätsgrad von 12% einen Rentenanspruch. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Juli 2020 (AB 24) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen erneuten Bandscheibenvorfall im Jahr 2019 bei der IVB zur Früherfassung und im August 2020 (AB 26) abermals zum Leistungsbezug an. Diese tätigte in der Folge Abklärungen. Gestützt auf die RAD-Aktenbeurteilung von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. November 2020 (AB 35) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. November 2020 (AB 36) in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen, da aus medizinischer Sicht seit der rentenablehnenden Verfügung vom 23. September 2011 (AB 23) keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 38) holte die IVB bei Dr. med. D._____ eine weitere Aktenbeurteilung vom 29. Januar 2021 (AB 40) ein und verfügte am 2. Februar 2020 (AB 41) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Mit Eingabe vom 5. März 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 2. Februar 2021 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen IV-Leistungen gemäss IVG zu erbringen.
3. Es sei ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin.
5. Es sei dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und der Unterzeichnete als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. April 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die

Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 2. Februar 2021 (AB 41). 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). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

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

2.

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

2.2 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.

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

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

2.4.1 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 ob-

liegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.2 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 (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4.4 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom August 2020 (AB 26) 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 relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 2.4.3 hiervor), wobei der Sachverhalt zum Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 23. September 2011

(AB 23) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2021 (AB 41) entwickelt hat, zu vergleichen ist (vgl. E. 2.4.4 hiavor).

3.2 Die rentenablehnende Verfügung vom 23. September 2011 (AB 23) basierte auf der RAD-Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 21. Juni 2011 (AB 21). Darin stellte diese keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Discopathie L4/5 und L5/S1, eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 3 f.). Als funktionelle Einschränkungen lägen eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der LWS, besonders beim Heben, sowie ein Schwindel, Angstzustände, eine Panik- sowie eine Konzentrationsstörung vor. Die bisherige Tätigkeit sei nach den vorliegenden Unterlagen medizinisch-theoretisch sowohl nach hausärztlichen Angaben als auch nach psychiatrischen Angaben noch zumutbar, falls der Versicherte nicht mehr als 20 kg heben und nicht in Zwangshaltung arbeiten müsse. Bezüglich der psychiatrischen Gesundheitsstörung sei es wichtig, dass der Versicherte am bisherigen Arbeitsplatz die normale Arbeitszeit ableiste, ohne das Verrichten von Überstunden. Eine angepasste Tätigkeit sollte bezüglich der lumbalen Schmerzsymptomatik eine leichte bis mittelschwere (< 20 kg), wechselbelastende Arbeit sein, unter Vermeidung von Zwangshaltungen und häufigem Bücken bzw. häufigem Heben/Tragen von Lasten. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung des Hausarztes bzw. des G. _____ habe in der „bisherigen Tätigkeit“ eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 4).

3.3 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2021 (AB 41) stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die folgenden medizinischen Berichte:

3.3.1 Dr. med. D. _____ diagnostizierte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 13. November 2020 (AB 35) chronische Zervikobrachialgien rechts (mehretagere Diskopathie der HWS sowie Resorption einer rechtsbetonten Bandscheibenprotrusion C6/C7) und ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom L4-L5 und L5-S1. Erstmals seien 2010 Lumbalgien aufgetreten. 2012 sei eine Facetteninfiltration durchgeführt worden. Eine 2013 durchge-

fürte epidurale Infiltration habe zu keiner Besserung geführt. Die bildgebende Abklärung habe keine pathologischen Befunde der LWS ergeben, welche eine operative Behandlung notwendig gemacht hätten. Es sei der Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychosozialer Überlagerung gestellt worden. Die rezidivierenden Lumbalgien hätten persistiert und es seien bis 2014 regelmässige Besuche im H. _____ erfolgt; ein operativer Eingriff sei nicht in Erwägung gezogen worden. Im Juli 2019 hätten sich die chronischen Zervikobrachialgien mit Ausstrahlung in den rechten Arm aber ohne Auftreten von sensomotorischen Defiziten verstärkt. Die MRI-Untersuchung habe degenerative Veränderungen C5-C6 mit möglicher Tangierung der Wurzel C7 rechts durch eine Diskusprotrusion und eine Spondylodese C3-4 gezeigt. Eine stationäre Behandlung während einer Woche Ende Juli 2019 habe zu einer Stabilisierung der Situation geführt. Ab November 2019 habe der Versicherte wieder schrittweise seine Arbeit aufgenommen. Wegen erneuter Exazerbation der Schmerzen sei im Februar 2020 die MRI-Untersuchung wiederholt worden. Diese habe eine Resorption der zervikalen Diskushernie C6/C7 gezeigt; somit habe keine Nervenkompression mehr vorgelegen. Die neurochirurgische Behandlung sei Ende Februar 2020 abgeschlossen worden. Am 3. August 2020 sei die Zuweisung in die Schmerzprechstunde erfolgt. Es sei eine erneute Fazettengelenksinfiltration durchgeführt worden (S. 3). Der dokumentierte Behandlungsverlauf sei nachvollziehbar. Es liege ein chronisches Schmerzsyndrom der HWS vor, ohne dass erklärbare pathologische Befunde in den bildgebenden Untersuchungen nachweisbar wären. Zurzeit erfolge im Schmerzzentrum eine symptomatische Schmerzbehandlung. Die Beurteilungen der Behandler seien plausibel. Es lägen chronische Schmerzen vor, welche sich nur teilweise objektivieren liessen. Sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in entsprechenden Verweistätigkeiten sei der Versicherte nur zeitweise eingeschränkt. Aufgrund wiederkehrender Exazerbationen der Beschwerden seien seit August 2019 drei kurzzeitige Phasen verminderter Arbeitsfähigkeit aufgetreten. Eine anschliessende vollständige Wiederaufnahme der Arbeit sei jeweils wieder möglich gewesen. Somit sei seit August 2019 von einer relevanten Verschlechterung auszugehen, wobei sich die Situation in der Zwischenzeit erneut stabilisiert habe. Es lägen keine neuen objektivierbaren Befunde vor, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären würden. Zumutbar seien dem Versicherten körper-

lich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, ganztags über achteinhalb Stunden und ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der HWS (z.B. längeres Sitzen mit vorgeneigtem Kopf), stereotype Kopfbewegungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10-15 kg gehoben und getragen werden. Bei der aktuellen Tätigkeit (...) handle es sich um eine leidensangepasste Arbeit (S. 4 f.).

3.3.2 Dr. med. D. _____ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 29. Januar 2021 (AB 40) aus, am 22. Dezember 2020 sei auf Antrag des Hausarztes eine erneute MRI-Untersuchung der HWS durchgeführt worden. Es fänden sich unverändert keine Nachweise einer Kompression neuraler Strukturen, der Spinalkanal sei nicht eingengt und es zeigten sich keine Foraminalstenosen. Es bestünde eine Osteochondrose C5-C6 mit erosiver Begleitkomponente. Auf der Höhe C6-C7 lägen keine Anzeichen für eine Diskushernie vor. Insgesamt zeige das MRI keine richtungsgebende Verschlechterung. Die beschriebene erosive Begleitkomponente bedeute nicht per se, dass es zu einer dauerhaften Verschlechterung der degenerativen Veränderungen der HWS gekommen sei. Die degenerativen Veränderungen der HWS verliefen oftmals schubhaft, aktive Phasen mit Auftreten erosiver Veränderungen wechselten sich dabei mit chronischen stationären Phasen ab. Der MRI-Befund sei von keinem Wirbelsäulenspezialisten interpretiert worden. Ausserdem würden keine klinischen Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten gemacht. Es könne weiterhin an der RAD-Beurteilung resp. dem Zumutbarkeitsprofil vom 13. November 2020 festgehalten werden. Der MRI-Befund vom 22. Dezember 2020 zeige keine richtungsgebende Verschlechterung. Es gebe keine objektivierbaren medizinischen Fakten, welche eine neue RAD-Beurteilung erforderlich machten. Das am 13. November 2020 erstellte Zumutbarkeitsprofil berücksichtige die verminderte Belastbarkeit der HWS. Weitere medizinischen Abklärungen seien nicht angezeigt. Der Versicherte sei seit Auftreten der Zervikalgien mehrmals von Wirbelsäulenspezialisten unter-

sucht und behandelt worden. Mehrmals seien MRI-Untersuchungen durchgeführt worden. Die Befunde und therapeutischen Empfehlungen seien nachvollziehbar. Bei unverändert fehlender Kompression einer Nervenwurzel liege keine operative Indikation vor. Bei persistierenden Schmerzen sei eine Gelenks-Denervation vorgeschlagen worden. Auch dieser rein palliative, nichtinvasive Eingriff würde zu keiner Änderung der RAD-Einschätzung führen (S. 2 f.).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (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).

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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ver-

sicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. 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, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5 Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ untersuchte den Beschwerdeführer nicht persönlich, sondern verfasste seine Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit seiner Aktenbeurteilungen (AB 35, 40), weshalb sie zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet sind. Ebenfalls keine taugliche Entscheidungsgrundlage stellen die Berichte der behandelnden Ärzte wie auch des Hausarztes dar.

In der ursprünglichen Verfügung vom 23. September 2011 (AB 23) wurde einzig über den Rentenanspruch befunden. In der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2021 (AB 41) wurde über den Leistungsanspruch als Ganzes, d.h. – wie die Beschwerdegegnerin selber ausführt – über berufliche Massnahmen und den Rentenanspruch befunden (AB 41/1). Somit kann der Beschwerdegegnerin – zumindest was allfällige Eingliederungsmassnahmen anbelangt – nicht gefolgt werden, wenn sie das Leistungsgesuch mit der Begründung, aus medizinischer Sicht sei seit der Verfügung vom 23. September 2011 keine leistungsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten (AB 41/1), abweist. Vielmehr hätte hinsichtlich der beruflichen Massnahmen eine allseitige Überprüfung erfolgen müssen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich der Rentenfrage, wie nachfolgend zu zeigen ist: Selbst der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ geht in der Aktenbeurteilung vom 13. November 2020 aus medizinischer Sicht – seit der Verfügung vom 23. September 2011 – von einer Verschlechterung und

damit einem Revisionsgrund aus (AB 35/3 f.). Dass er annimmt, die Situation habe sich in der Zwischenzeit stabilisiert (AB 35/4 Ziff. 1d), ändert daran nichts. Denn unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung und damit das Bestehen eines medizinischen Revisionsgrundes mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV erfüllt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2012, 9C_530/2012, E. 5.2). Hinweise, dass dies vorliegend der Fall ist, sind auch den weiteren Akten zu entnehmen. Ab Ende August 2019 wurde der Beschwerdeführer bis Ende März 2020, d.h. während sieben Monaten, vom H. _____ und danach ab Ende Mai 2020 vom Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, immer wieder und für verschiedene Prozentsätze (100%, 50%, 30%, 25%; AB 27/7 ff., 31/3) arbeitsunfähig geschrieben. Im MRI vom 22. Dezember 2020 (AB 38/2) wurde eine im Vergleich zur Untersuchung vom 24. Juli 2019 neu aufgetretene erosive Begleitkomponente der Osteochondrose auf Höhe C5/6 beschrieben. Hingegen habe sich die Diskushernie C6/7 weitgehend zurückgebildet; es bestehe nur noch eine Restprotrusion (AB 38/2). Der neue Befund wurde auch vom Hausarzt Dr. med. E. _____ im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 4. Januar 2020 bestätigt. Weiter führte dieser aus, der Beschwerdeführer leide an einem komplexen Schmerzsyndrom im Bereich der Wirbelsäule; eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht absehbar (AB 38/1). Soweit RAD-Arzt Dr. med. D. _____ nach Vorlage dieser Unterlagen ohne den Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen, zum Schluss gelangt, die MRI-Untersuchung zeige insgesamt keine „richtungsweisende Verschlechterung“ und es sei nach wie vor am postulierten Zumutbarkeitsprofil festzuhalten, überzeugt dies nicht bzw. genügt dies nicht für eine abschliessende Beurteilung, zumal er selbst festhält, klinische Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers würden fehlen (AB 40/2 f.). Weiter spricht Dr. med. E. _____ im Bericht vom 3. März 2021 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 7) von einem komplexen zervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen (deutlich erosive Begleitkomponente an der HWS) und Diskushernien an der HWS sowie starker psychischer Aggravation. Um den Alltag bewältigen zu können, sei der Beschwerdeführer täglich auf Schmerzmittel angewiesen; eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht absehbar. Damit

sind den medizinischen Akten hinreichend Hinweise zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand seit 2011 in wesentlichem Umfang geändert haben könnte und der Feststellung des RAD, weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt, kann nicht gefolgt werden. Zudem wäre es an der Beschwerdegegnerin gelegen, berufliche Abklärungen vorzunehmen, insbesondere Rückfragen beim Arbeitgeber zu tätigen, was sie gänzlich unterlassen hat. Denn bereits der Früherfassung vom 18. Juli 2020 (AB 24) und der Leistungsanmeldung vom 29. August 2020 (AB 26) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit 2013/2014 (auch) im ... arbeitet (vgl. u.a. auch Bericht von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. September 2013 [AB 31/88]). Sodann teilte die Arbeitgeberin dem Rechtsvertreter mit Schreiben vom 22. Februar 2021 (BB 8) auf dessen Nachfrage mit, aufgrund der jahrelangen körperlichen Belastung sei es zu körperlichen Beschwerden gekommen. Sie hätten den zuverlässigen und langjährigen Mitarbeiter nicht verlieren wollen und ihm im Jahr 2013 eine Umschulung ins ... ermöglicht. Aufgrund der seit zwei Jahren auftretenden Beschwerden im Nacken und der damit verbundenen Erhöhung oder Veränderung der Medikation, um die Schmerzen erträglicher zu machen, sei die Belastbarkeit rapide gesunken und die Fehleranfälligkeit sehr stark angestiegen, trotz einem seit längerer Zeit ausgeführten Arbeitspensum von (lediglich noch) 50%. Der Beschwerdeführer könne sich zum Teil nicht mehr an Dinge erinnern, welche er zuvor jahrelang erledigt habe. Ebenfalls könne er Aufträge, welche zum Tagesgeschäft gehörten, nicht mehr richtig und zuverlässig erledigen. Der Beschwerdeführer werde aus Wahrnehmung der sozialen Verantwortung weiterbeschäftigt; aus rein wirtschaftlicher Sicht wäre eine Kündigung grundsätzlich sinnvoller. Ihm würden nur noch die einfachen Aufträge zur Bearbeitung übergeben. Auch diese würden von ihm oft nicht einwandfrei erledigt, wie man es von ihm aus der Vergangenheit gekannt habe. Mithin steht namentlich auch die Frage im Raum, ob es sich beim Einkommen des Beschwerdeführers nunmehr um einen Soziallohn handeln könnte.

3.6 Zusammenfassend erlauben die im Recht liegenden medizinischen und erwerblichen Berichte vorliegend keine abschliessende Beurteilung, d.h. sie bilden keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage. Die Beschwerde-

gegnerin ist ihrer Abklärungspflicht nach Art. 43 ff. ATSG nicht hinreichend nachgekommen und es wäre an ihr und dem RAD gewesen, auf die Veranlassung weiterer Abklärungen hinzuwirken. Diese Mängel sind nicht auf dem Weg der Beweiswürdigung zu beheben. Die Beschwerde erweist sich als offensichtlich begründet und die Sache ist in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen wie auch den erwerblichen Sachverhalt rechtsgenügend abklärt, wobei sie vorgängig (nochmals) eine aktuelle bildgebende Untersuchung anordnet und in der Folge eine polydisziplinäre Untersuchung (namentlich orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch) veranlasst. Anschliessend hat sie über das Leistungsbegehren neu zu verfügen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 28. April 2021 wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'822.05 festgesetzt (Aufwand von 12.84 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 52.30 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 201.75). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 2. Februar 2021 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. 2'822.05 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.

