

200 13 895 IV
KOJ/WSA/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Juli 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Winz

A. _____
vertreten durch B. _____

Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war zuletzt ganztags als ... für die C._____ tätig. Am 29. Januar 2010 kündigte er das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen per 28. Februar 2010 (Antwortbeilage [AB] 7). Im Juli 2011 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Unter Hinweis auf „Burnout, Restless Legs, Insomnie, Depression, Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lactose, Gluten, Histamin), Migräne, Verdauungsbeschwerden, psychosomatische Beschwerden“ beantragte er die Ausrichtung einer Rente (AB 2).

Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge verschiedene Abklärungen in beruflicher und medizinischer Hinsicht. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (AB 22) gab sie bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag, nachdem dieser Arzt den Versicherten bereits mehrmals für den Krankentaggeldversicherer untersucht hatte (AB 15 S. 26 ff. und AB 28.1). Im neuen Gutachten vom 23. März 2012 (AB 28.3) attestierte ihm Dr. med. D._____ eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

Mit Vorbescheid vom 5. April 2012 (AB 29) stellte die IVB dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Der Gutachter habe keine krankheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellen können.

Gegen den vorgesehenen Entscheid wendete der Versicherte am 14. April 2012 schriftlich ein, aufgrund der Schwere seiner neurologischen Probleme bedürfe es einer Begutachtung durch einen entsprechenden Facharzt (AB 30). Am 5. Juni 2012 ergänzte er sodann, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D._____ sei nicht schlüssig, weshalb insgesamt ein interdisziplinäres Gutachten notwendig sei (AB 46).

Nach weiteren Abklärungen empfahl der RAD im Februar 2013 eine bidisziplinäre Begutachtung bei den Dres. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und F._____, Facharzt für Neurologie FMH (AB 72). Das entsprechende Gutachten vom 21. Mai 2013 (AB 82.1) attestiert dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%.

Ein zwischenzeitlich vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes Gutachten attestierte dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50-70%, steigerungsfähig auf 100% innerhalb von zwei Jahren bei geeigneter Therapie (psychiatrisches Hauptgutachten von Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 22. April 2013 [AB 85.2] sowie neurologisches und schlafmedizinisches Untergutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 15. März 2013 [AB 85.3]).

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 89) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. September 2013 (AB 92) bei einem Invaliditätsgrad von 14% ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 9. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Die bisher eingeholten Gutachten seien nicht beweiskräftig, es bedürfe weiterer Abklärungen. Zudem habe sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2013 beantragte die Beschwerdegegerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, in Anwendung der Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern hätte die aus psychiatrischer Sicht attestierte 30%-ige Arbeitsunfähigkeit bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt werden dürfen.

In der Replik vom 26. Februar 2014 ergänzte der inzwischen durch den B._____ vertretene Beschwerdeführer seine Rechtsbegehren folgendermassen:

Die Verfügung vom 26. September 2013 sei aufzuheben und es (sei) dem Beschwerdeführer bis Juli 2013 eine Dreiviertelsrente und anschliessend mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen und anschliessend über den Rentenanspruch neu zu befinden.

- unter Entschädigungsfolge -

Der Beschwerdeführer liess unter Beilage weiterer Arztberichte geltend machen, es sei zu einer erheblichen Verschlechterung der Restless Legs Symptomatik gekommen. Sodann sei entgegen dem bidisziplinären Gutachten vom 21. Mai 2013 nicht von einer leichten sondern einer mittelgradigen Depression auszugehen. Aber das Gutachten sei bereits deshalb nicht schlüssig, weil der psychiatrische Gutachter ursprünglich von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 30% ausgegangen sei und nachträglich unter Hinweis auf einen Tippfehler eine Arbeitsunfähigkeit von 30% attestiert habe. Zudem wäre aufgrund seiner polymorbiden Problematik ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen gewesen. Schliesslich liess der Beschwerdeführer festhalten, dass kein syndromales Beschwerdebild vorliege.

In der Duplik vom 24. März 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. September 2013 (AB 92). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer

Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 ATSG).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (Foerster-Kriterien). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeu-

tisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie - mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges - auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach

Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 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 begutachtenden Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend ist, d.h. zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (SVR 2012 IV Nr. 1 S. 2 E. 3.4.1).

2.7 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.8 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 27. Juli 2011 (AB 15 S. 19 f.) diagnostizierte Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurologie FMH, ein schweres, teilweise therapieresistentes Restless Legs Syndrom, einen Verdacht auf psychophysiologische Insomnie mit/bei schweren psychosozialen Belastungssituationen und einen Verdacht auf eine Somatisierungstendenz.

3.1.2 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 30. Oktober 2011 (AB 15) fest, beim Beschwerdeführer bestünden ein schwerer Erschöpfungszustand, eine nicht dislozierte metaphysäre Fraktur Basis Metatarsale V rechts, eine tiefe Venenthrombose in der rechten Wade sowie ein schweres Restless Legs Syndrom. Sie attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 8. Januar 2010 bis auf weiteres.

3.1.3 Dr. med. D._____ diagnostizierte im Gutachten vom 23. März 2012 (AB 28.3) ein Restless Legs Syndrom, ein Burnout (ICD-10 Z73.0), finanzielle Schwierigkeiten (ICD-10 Z56) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Er kam zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht

könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Ein Burnout stelle keine psychische Gesundheitsschädigung dar. Die bisherigen Behandlungen sollten weitergeführt werden, dadurch lasse sich der Zustand verbessern. Die Prognose sei günstig.

3.1.4 Der behandelnde Psychiater med. pract. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Verlaufsbericht vom 21. Januar 2013 (AB 71) aus, der Beschwerdeführer leide unter Angstanfällen mit psychomotorischer Blockade und anderen psychosomatischen Störungen. Die seit Jahrzehnten bestehende Migräne habe sich unter den vorbestehenden schweren psychosozialen Spannungen verschlechtert. Seit dem Jahr 1999 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

3.1.5 Im Gutachten vom 22. April 2013 (AB 85.2), welches der Taggeldversicherer in Auftrag gegeben hatte, hielt Prof. Dr. med. G._____ fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung „bestehe mit wechselnder Ausprägung eine teilweise organische, teilweise nicht organische Insomnie mit Ein- und Durchschlafstörungen bei familiärem Restless Legs Syndrom im Vordergrund“. Lange Jahre habe offenbar ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen bestanden, welcher die Schlafstörung unterhalten habe. Die Schlafstörung habe die alltägliche Funktionsfähigkeit zeitweise stark beeinträchtigt, jedoch liege laut dem neurologischen und schlafmedizinischen Untergutachten vom 15. März 2013 (AB 85.3) aktuell keine wesentliche insomnische Störung vor.

Für das Vorliegen einer depressiven Störung würden lediglich die Antriebs- und Lustlosigkeit sprechen, welche allerdings durch die Insomnie beeinflusst werde. Dabei würden aber die für eine Depression typischen Phänomene wie Störungen des Selbstwertgefühls sowie Schuldgefühle und Selbstvorwürfe fehlen. Die Freudfähigkeit sei nur geringgradig eingeschränkt, ebenso Appetit und Libido, so dass lediglich von einer leichten depressiven Episode (F32.0) gesprochen werden könne. Zweifellos vorhanden seien zumindest akzentuierte Persönlichkeitszüge im Sinne der asthenischen (abhängigen) und paranoiden Persönlichkeit.

Die Reizdarmsymptomatik (F45.32) im Sinne der somatoformen autonomen Funktionsstörung, welche offenbar durch das Vorliegen von

Nahrungsmittelintoleranzen negativ beeinflusst werde, könne zusammen mit einem grossen Teil der bunten Symptomatik (Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Reizdarmsymptomatik) in der Diagnose Neurasthenie (F48.0) zusammengefasst werden. Sie werde zwar in der ICD-10 nicht unter den somatoformen Störungen (F45) aufgeführt, müsse aber ätiologisch und phänomenologisch dort eingeordnet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt sei weiterhin sicher von einer 50%-igen, überwiegend wahrscheinlich aber von einer 70%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese 70%-ige Leistungsfähigkeit beziehe sich auf die gesamte Leistungsmin- derung, d.h. bei einem Vollpensum wäre die Leistung um 30% reduziert oder stundenmässig nur eine 70% Leistung möglich wegen erhöhtem Erho- lungsbedarf. Abgesehen von der Einschränkung bezüglich Schichtarbeit seien dem Beschwerdeführer seine bisherigen Tätigkeiten weiterhin zu- mutbar.

3.1.6 Im bidisziplinären Gutachten (Psychiatrie und Neurologie) vom 21. Mai 2013 (AB 82.1) hielten die Dres. med. E._____ und F._____ folgende Diagnosen fest:

Psychiatrische Diagnosen:

- rezidivierende depressive Störungen leicht bis mittleren Grades ICD-10 F33.0-1, z.Z. leichten Grades
- Neurasthenie ICD-10 F48.0
- multiple psychosomatische Störung ICD-10 F45.0, DD undifferen-zierte Somatisierungsstörung ICD-10 F45.1
- anhaltend somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4
- akzentuierte Persönlichkeitszüge vom asthenischen Typ mit Ten- denz zur Somatisierung und leicht paranoiden Zügen Z73.1
- anamnestisch Status nach Burnout-Symptomatik
- Probleme in der Beziehung zum ersten Ehepartner Z63.0
- Probleme in Bezug auf die Betreuung des Sohnes Z60.8, DD Z60.1 (atypische familiäre Situation)

Neurologische Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit):

- Migräne ohne Aura
- Restless Legs Syndrom
- organisch nicht zuordenbare kognitive Beeinträchtigung

Aus psychiatrischer Sicht leide der Beschwerdeführer an einer affektiven Störung und einer deutlichen Tendenz zu psychosomatischen Reaktionen. Zwischen der Depression, der Neurasthenie und den psychosomatischen Problemen bestehe ein Circulus vitiosus, da die jeweiligen Symptomkomplexe die Copingmechanismen negativ beeinflussen würden. Der Beschwerdeführer habe einen erhöhten Pausenbedarf und eine verlängerte Erholungszeit im Vergleich zu einem Gesunden. Es bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine objektiv begründete 30%-ige Arbeitsunfähigkeit. Die Bewältigung der somatisch bedingten Probleme sei für den Beschwerdeführer aufgrund seiner fehlenden psychischen Ressourcen zusätzlich erschwert. Der Beschwerdeführer könne leichte Bürotätigkeiten verrichten. Er sei auch in seinem angestammten Beruf als ... grundsätzlich zu 30% arbeitsfähig (recte: arbeitsunfähig; vgl. Klarstellung vom 11. Juli 2013 [AB 88]). Es sei ihm diese Willensanstrengung zuzumuten. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach er maximal drei Stunden täglich arbeitsfähig sei, könne mit objektiven Befunden nicht bestätigt werden. Den Beginn der vorliegend begründeten Arbeitsunfähigkeit exakt zurückzudatieren, sei nicht möglich. Die Berichte der behandelnden Hausärztin und des behandelnden Psychiaters würden aus versicherungsmedizinischer Sicht keine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit begründen, vielmehr lediglich eine solche von 50% und dies bei jeweils mittelgradiger depressiver Episode. Leider könne auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ nicht abgestützt werden, da es zu cursorisch gehalten sei und auch die Diagnose des Burnouts nicht eigentlich begründet werde. Grundsätzlich müsse davon ausgegangen werden, dass affektive Störungen in ihrem Verlauf schwankend seien. Gemäss Aktenlage sei es nie zu einer schweren depressiven Episode und auch nie zu einer stationären Behandlung gekommen. Es sei für den Gutachter nicht nachzuzeichnen, ab wann genau die aktuell festgestellte 30%-ige Arbeitsunfähigkeit Gültigkeit habe. Berufliche Massnahmen seien insofern notwendig, um für den Beschwerdeführer eine entsprechende Arbeit zu finden. Diese könne durchaus auch im Geschäft des Vaters sein, welcher aufgrund seiner Demenz Verantwortung abgeben müsse.

Aus neurologischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden eine Migräne ohne Aura, ein Restless Legs Syndrom und eine organisch nicht zuor-

denbare kognitive Beeinträchtigung vorliegen. In der verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz/Aggravation ergeben. Es sei insgesamt von nicht authentischen Befunden auszugehen. Die zusätzlich durchgeführte elektroenzephalographische Untersuchung weise einen unauffälligen Befund auf. Im Vergleich zur schlafmedizinischen Begutachtung im Spital X vom März 2013 seien unterschiedliche anamnestische Angaben im Hinblick auf die Beschwerden und deren Intensität aufgefallen. Aus neurologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Eine Tätigkeit mit Schichtbetrieb sei wegen der Restless Legs Symptomatik nicht geeignet.

In der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus neurologischer, neuropsychologischer und neuropsychiatrischer Sicht insgesamt eine 30%-ige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Einschränkungen des linken Armes und der kognitiven sowie affektiven Störungen vorliege. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, eine seinen körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit zu 30% (recte: 70%; vgl. Klarstellung vom 11. Juli 2013 [AB 88]) auszuüben. Eine Tätigkeit mit Schichtbetrieb sei wegen der Restless Legs Symptomatik nicht geeignet.

3.1.7 Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete am 25. Februar 2014, an der Diagnose Restless Legs Syndrom könne nicht gezweifelt werden. Leider sei dieser Gesundheitsschaden beim Beschwerdeführer nur unbefriedigend oder überhaupt nicht richtig behandelbar. Trotz Therapieversuchen mit verschiedenen Präparaten werde der Beschwerdeführer von heftigen und quälenden Beschwerden geplagt. Der Beschwerdeführer betreibe einen Übergebrauch an dopaminergen Substanzen und vor allem an Schmerzmitteln. Dadurch könne das Phänomen einer „Augmentation“ auftreten mit einer Verstärkung der unruhigen Extremitäten. Die biopsychosoziale Situation des Beschwerdeführers sei komplex. Eine erneute Abklärung in einem Schlaflabor würde bezüglich des Restless Legs Syndroms eine gewisse Klarheit schaffen können (Beschwerdebeilage [BB] 7).

3.2 Das neurologische und psychiatrische Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 21. Mai 2013 (AB 82.1) - samt Klarstel-

lung vom 11. Juli 2013 (AB 88) - erfüllt grundsätzlich (vgl. aber auch E. 3.3 hiernach) die unter Erwägung 2.7 hiervoor genannten, von der Rechtsprechung an Expertisen gestellten Anforderungen. Die Ärzte verfügen über die für die vorgenommenen Untersuchungen notwendigen ärztlichen Qualifikationen, das von ihnen erstellte Gutachten ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend.

3.2.1 Gemäss diesem Gutachten liegen beim Beschwerdeführer rezidivierende depressive Störungen leichten bis maximal mittleren Grades (z.Z. leichten Grades), eine Neurasthenie, eine multiple psychosomatische Störung, eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom asthenischen Typ mit Tendenz zur Somatisierung und leicht paranoiden Zügen vor. Anhaltspunkte für eine invalidenversicherungsrechtlich relevante neurologische Erkrankung und damit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht bestehen keine. Vielmehr haben sich in der verhaltensneurologischen/neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz/Aggravation ergeben, weshalb gemäss Dr. med. F. _____ insgesamt von nicht authentischen Befunden auszugehen ist (AB 82.1 S. 14). Dem Restless Legs Syndrom wird mit dem Ausschluss von Tätigkeiten im Schichtbetrieb Rechnung getragen. Dass dieses Beschwerdebild die Arbeits- und Leistungsfähigkeit an sich nicht einschränkt, entspricht auch den Schlüssen im neurologischen und schlafmedizinischen Untergutachten vom 15. März 2013 (AB 85.3 S. 6). Daran vermögen die Ausführungen von Dr. med. L. _____ im Bericht vom 25. Februar 2014 (BB 7) nichts zu ändern, zumal dieser Arzt auf das in der Invalidenversicherung nicht massgebliche bio-psycho-soziale Modell (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) abstellt.

3.2.2 Betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit gehen die Gutachter insgesamt von einer 30%-igen *Einschränkung* aus (AB 82.1 S. 23 viertletzte Zeile, S. 24 2. Absatz in fine sowie letzter Absatz 2. Zeile). Soweit teilweise eine lediglich 30%-ige *Arbeitsfähigkeit* erwähnt wird (AB 82.1 S. 23 unterste

Zeile und S. 24 zweitunterste Zeile), wird dieser Widerspruch durch die Klarstellung vom 11. Juli 2013 (AB 88) behoben.

Der in der Replik (S. 4 2. Absatz) erhobenen Kritik am Gutachten kann nicht gefolgt werden. Die dort zitierte Angabe des psychiatrischen Gutachters, dem Beschwerdeführer könne ein Halbtags-Job mit einem Pensum von z.B. *drei Stunden an einem Halbttag* zugemutet werden (AB 82.1 S. 24 oben), ist in Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers zu verstehen, wonach er maximal *drei Stunden pro Tag* arbeiten könne; diese Limitierung wird vom Gutachter im fraglichen Passus ausdrücklich verworfen.

3.2.3 Wenn die Gutachter nicht sämtliche möglichen Testverfahren angewendet haben (Replik S. 4), vermag das den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Gleiches gilt auch insoweit, als sich ihre Schlüsse nicht mit denjenigen des behandelnden Psychiaters med. pract. K._____ decken; dessen Einschätzung ist für die Gutachter nicht bindend. Hier darf letztlich auch berücksichtigt werden, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Weiter spricht auch der Bericht von med. pract. K._____ vom 25. Februar 2014 (BB 8) nicht gegen die Zuverlässigkeit des bisdisziplinären Gutachtens, zumal in diesem Bericht nichts zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit steht. Die gutachterlichen Schlüsse werden schliesslich auch von der RAD-Ärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigt (Stellungnahme vom 8. Juli 2013 [AB 87]).

3.3 Nachfolgend bleibt somit nach der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (welche auch in Bezug auf die Neurasthenie gilt [BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282; SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2 und Nr. 26 S. 74 E. 2.3; Entscheid des Bundesgerichts {BGer} vom 14. April 2008, I 70/07, E. 5]) zu prüfen, ob aus psychischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht.

3.3.1 Was die im Vordergrund stehende Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (vgl. E. 2.3 hiervor) anbelangt, ist zu beachten, dass eine depressive Störung mittleren Grades regelmässig keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens bildet, die es der betroffenen Person verunmöglichen würde, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Entscheid des BGer vom 24. April 2014, 9C_468/2013, E. 4.3). Im vorliegenden Fall sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die auf etwas Gegenteiliges schliessen lassen, zumal im Zeitpunkt der Begutachtung lediglich eine leichte depressive Störung bestand. Abgesehen davon, spricht der psychiatrische Gutachter teilweise von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven *Episode* (AB 82.1 S. 21 2. Absatz), welche das für die Annahme einer psychischen Komorbidität verlangte Kriterium der Dauer ohnehin nicht erfüllt (vgl. Entscheid des BGer vom 29. August 2012, 9C_266/2012, E. 4.3.2). Die vorliegend zusätzlich festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers stellen sodann als Z-Diagnose kein bei der Beschwerdegegnerin versichertes Risiko dar. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand lediglich beeinflussen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/chapter-xxi.htm>). Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2009, 8C_570/2008, E. 4.2.5; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2). Es besteht mithin insgesamt keine relevante psychische Komorbidität.

3.3.2 Die weiteren Foerster-Kriterien sind ebenfalls nicht im erforderlichen Ausmass erfüllt; es fehlt namentlich an einem primären Krankheitsgewinn, einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens und einem Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung. Die bisherigen psychotherapeutischen Massnahmen (keine antidepressive Medikation mehr, psychotherapeutische Gespräche nur einmal pro Monat [AB 71 S. 2 und AB 85.2 S. 13 unten]) werden von Prof. Dr. med. G. _____ als ineffizient

bezeichnet (AB 85.2 S. 20 oben), worauf abzustellen ist. Insgesamt kann nicht darauf geschlossen werden, dem Beschwerdeführer mangle es an hinreichenden psychischen Ressourcen zur Überwindung seiner Beschwerden.

3.3.3 Die im grundsätzlich beweiskräftigen Gutachten der Dres. med. E._____ und F._____ vorgenommene ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit) des Beschwerdeführers kann somit aus rechtlicher Sicht nicht übernommen werden. Die maximal mittelgradige depressive Störung, die somatoforme Schmerzstörung, die Neurasthenie sowie die akzentuierten Persönlichkeitszüge stellen nach dem Dargelegten keine rechtserheblichen Gesundheitsschäden dar. Somit fehlt es vorliegend an einer Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weshalb sich Ausführung zum Einkommensvergleich und damit auch die nähere Prüfung der diesbezüglichen Beanstandungen in der Replik erübrigen. Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, auf weitere Beweiserhebungen ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. September 2013 (AB 92) ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- 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.