

200 14 186 IV
KOJ/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Mai 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Januar 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist gelernter ... und war seit dem 21. Juni 2004 bei der C._____ als ... angestellt. Am 23. August 2012 meldete er sich unter Hinweis auf eine seit 2004 bestehende Diskushernie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und berufliche Erhebungen durch und holte insbesondere die Akten des zuständigen Krankenversicherers ein (AB 4).

Auf Anregung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (AB 27) wurde der Versicherte bidisziplinär (neurochirurgisch/psychiatrisch) begutachtet (AB 28). Gestützt auf das entsprechende Gutachten (AB 33.1, AB 38.2 und AB 38.1) stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 24 % mit Vorbescheid vom 15. August 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 45). Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte – vertreten durch Fürsprecher B._____ – am 10. September 2013 (AB 56) bzw. am 20. September 2013 (AB 62) Einwand. Nach Einholen einer Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters (AB 67) hielt die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2014 an ihrem Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren ab (AB 70).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Fürsprecher B._____ – am 24. Februar 2014 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Erstellung eines neuen bidisziplinären Gutachtens. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und ihm eine Rente gestützt auf einen IV-Grad von mind. 50 % zuzusprechen. Mit Schreiben vom 13. März 2014

liess er weitere medizinische Unterlagen des behandelnden Hausarztes zu den Akten reichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2014 und ergänzender Stellungnahme vom 21. März 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer liess am 24. März 2014 weitere Ausführungen einreichen.

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) i.V.m. 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 i.V.m. 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 23. Januar 2014 (AB 70). 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 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

2.3 Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 19. September 2012 (AB 19 S. 7 ff.) folgende Diagnosen: Status nach ventraler Mikrodiskektomie C5/6 und C6/7 mit interkorporeller Spondylodese und ventraler Plattenosteosynthese unter intraoperativem Neuromonitoring, Status nach Steroidinfiltration C6/7 links mit vasovagaler Reaktion, Exazerbationen des cerviko-radikulären Syndroms rechts 2004 und 2007, jeweils mit konservativer Therapie und eine massive depressive Entwicklung. Vom 2. Februar bis zum 10. Juli 2012 habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach eine solche von 50 % und ab dem 20. August 2012 habe sie wieder 100 % betragen (S. 8 Ziff. 1.6). Die depressive Reaktion stehe im Zusammenhang mit der persistierenden Schmerzsymptomatik, geistig beständen keine Einschränkungen. Aufgrund der multifaktoriellen Begründungen seines Zustandes sei beim Beschwerdeführer die Tätigkeit als ... nicht indiziert (Ziff. 1.7).

3.1.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 31. Oktober 2012 (AB 21) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach ventraler Mikrodiscectomie C5/6 und C6/7 am 5. Mai 2012, ein residuelles, sensibles Ausfallssyndrom C6 rechts bei Status nach konservativ behandelte Discushernie C5/6 rechts 2004 mit Status nach Steroid-Infiltration C5/6 rechts 2004 und einen Status nach CT-gesteuerter Infiltration C6/7 rechts am 27. März 2012 (nach

Infiltration gemäss Berichten vasovagale Reaktion) und eine depressive Entwicklung auf (S. 2 Ziff. 1.1). Vom Spitaleintritt am 7. Mai 2012 bis zum 26. Juni 2012 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen, seit dem 27. Juni 2012 werde eine solche von 50 % attestiert (S. 3 Ziff. 1.6). In der letzten Tätigkeit als ... bestehe von Seiten der Halswirbelsäulenoperation her keine Arbeitsunfähigkeit mehr, im Vordergrund stehe eine depressive Entwicklung (S. 5 Ziff. 1.7).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, diagnostizierte in ihrem neurochirurgischen Teilgutachten vom 6. Mai 2013 (AB 33.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes zervikales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei HWS-Fehlform/-haltung, degenerativen HWS-Veränderungen, Status nach ventraler Mikrodiskektomie C5/6 mit ausgedehnter Foraminotomie rechtsbetont, Aufrichten des Segmentes und interkorporeller Spondylodese, ventraler Mikrodiskektomie C6/7 mit Discusluxat-Entfernung, Foraminotomie beidseits, Neurolyse, Aufrichten des Segmentes und interkorporeller Spondylodese, ventraler Plattenosteosynthese C5 bis C7 im Mai 2005 (S. 26 f.). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein chronifiziertes lumbales und lumboischialgieförmiges Schmerzsyndrom mit/bei LWS-Fehlform/-haltung und degenerativen LWS-Veränderungen (beginnende Fazettengelenksarthrosen L4-S1, beginnende Spondylodese deformans L3/4, kleine mediane DH L4/5 ohne Neurokompression [S. 27]). Die vom Beschwerdeführer demonstrierten körperlichen Einschränkungen hätten qualitativ und insbesondere quantitativ nicht ausreichend mit kooperationsunabhängigen, objektivierbaren Befunden erklärt werden können (S. 30). Vielmehr hätten sich bereits im Eindruck der klinischen Untersuchung Hinweise auf eine subjektive quantitative Ausgestaltung ergeben. Die vorliegende bildgebende Diagnostik habe keine Befunde gezeigt, die die berichteten körperlichen Beeinträchtigungen ausreichend erklärten. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seinen rechten Arm bewusst nicht einsetze. Aus neurochirurgischer Sicht und in Gesamtschau sämtlicher aktuell objektivierbarer Befunde seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis körperlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche bei bestehender maximal 10% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar, wobei der Anteil an mittelschweren

Tätigkeiten mit 50 % begrenzt sei (S. 31). Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperliche mittelschwere Tätigkeiten, die HWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltings- und Positionsmonotonien der HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der HWS (repetitive Arbeiten über Schulterhöhe und über Kopf) sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg, repetitiv mit 10 kg limitiert. Unter Berücksichtigung dieses positiven und negativen Leistungsbildes sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit mit Einschränkungen in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag bei einer dabei bestehenden 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar.

3.1.4 Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin H._____ diagnostizierten in ihrem Teilgutachten vom 24. Juni 2013 (AB 38.1) keine eigenständige, primär psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine vordiagnostizierte „massive depressive Entwicklung“ gemäss dem Hausarzt. Es bestehe keine ärztlich dokumentierte Diagnosestellung einer eigenständigen primär psychischen Störung, die gemäss ICD-10 codiert worden wäre. In der aktuellen Untersuchung sei kein eigenständiges depressives Syndrom zu erheben gewesen. Die depressive Symptomatik, die im Jahr 2012 im Sinne einer depressiven Reaktion vorgelegen haben möge, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht als Anpassungsstörung (ICD-10: F43) auf die psychische Belastung in den Wochen nach der Infiltration zu werten (S. 18). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei anzumerken, dass der Einsatz eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers im Sinne einer modernen antidepressiven Medikation als indiziert erachtet und nachvollzogen werden könne. Eine derartige symptomatische Behandlung einer depressiven Verstimmung, die ev. den Ausprägungsgrad einer Anpassungsstörung angenommen habe, bedeute aber nicht automatisch im Umkehrschluss das Vorliegen einer längeren und gravierenden depressiven Symptomatik, etwa als Ausdruck einer eigenständigen depressiven Episode. Jedenfalls hätten sich in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung eindeutig keine Symptome für eine andauernde depressive Episode gefunden. Es sei davon auszugehen, dass die im Sommer und Herbst 2012 erlittene depressive Reaktion im psychia-

trischen Urteil remittiert sei (S. 19) und aus psychiatrischer Sicht liege keine derartige Symptomatik als Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung oder gar eines psychischen Gesundheitsschadens vor, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (z.B. zuletzt als ...) um mehr als 10 % oder mehr eingeschränkt und andauernd beeinträchtigt sei (S. 20). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht und unter bewusster Ausserachtlassung der somatischen Faktoren sei ihm somit die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit vollumfänglich, d.h. zu 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen die Woche zumutbar, wobei keine Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe (S. 21 Ziff. 4 und Ziff. 5).

3.1.5 In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 24. Juni 2013 (AB 38.2) führten die Dres. med. F. _____ und G. _____ hauptsächlich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: ein chronifiziertes zervikales und zervikobrachialgieformes Schmerzsyndrom rechts mit/bei HWS-Fehlform/-haltung, degenerativen HWS-Veränderungen und einem Status nach ventraler Mikrodiskektomie C5/6. Seitens des Fachgebietes Psychiatrie sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronifiziertes lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom und eine vordiagnostizierte „massive depressive Entwicklung“. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund bestehender körperlicher Beeinträchtigungen als qualitativ und quantitativ beeinträchtigt zu beurteilen (S. 2). Es seien ihm körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (der Anteil der mittelschweren Tätigkeiten sei auf 50 % beschränkt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche bei einer dabei bestehenden 10 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die HWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltung der HWS (repetitive Arbeiten über Schulterhöhe und über Kopf) sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg, repetitiv mit 10 kg limitiert. Unter Berücksichtigung des vorbeschriebenen

positiven und negativen Leistungsbildes sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit mit Einschränkungen noch zumutbar in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag bei einer dabei bestehenden 20 % verminderten Leistungsfähigkeit (S. 3).

3.1.6 In seinem Bericht vom 6. September 2013 (AB 57) hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), eine Persönlichkeitsstörung („personnalité sensitive“ ICD-10: F60.8) und chronische invalidisierende Cervicalgien und Lumbalgien fest (S. 2). Seit März 2012 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6). Nach einer Steroid-Infiltration im März 2012 sei es zu Komplikationen mit Bewusstseinsstörungen und Gleichgewichtsproblemen gekommen und nach einer operativen Intervention im Mai 2012 sei es ebenfalls zu einer Komplikation gekommen. Seither versinke der Beschwerdeführer in einem gravierenden depressiven Leiden mit dunklen und suizidalen Gedanken (S. 2 Ziff. 1.4).

3.1.7 In der „Versicherungsmedizinischen Stellungnahme“ vom 13. November 2013 (AB 67) legte der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. _____ dar, dass sich aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters keine neuen Aspekte ergäben, die an der Beurteilung und der prognostischen Einschätzung etwas zu ändern vermöchten. Die von diesem Psychiater gestellten Diagnosen der depressiven Episode (ICD-10: F32) und der Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60) könnten weder aus der persönlichen Untersuchung noch aus der Kenntnis der Lebensgeschichte nachvollzogen werden.

3.1.8 In seinem Bericht vom 28. November 2013 (Beschwerdebeilage [BB] 4) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ aus, dass der Beschwerdeführer im November und Dezember 2012 und im Januar 2013 eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen gezeigt habe. Der psychiatrische Gutachter habe sich in seinen Schlussfolgerungen komplett geirrt, es sei nicht verständlich, wie der Psychiater die Symptome einer Depression und einer Persönlichkeitsstörung nicht beobachtet habe. Er zweifle stark an der Neutralität und der Objektivität des Gutachters.

3.1.9 In der Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 10. März 2014 (BB 6) hält dieser fest, dass er – wenn er die ICD-10-Kriterien für eine depressive Episode durchgehe – drei Kriterien beim Beschwerdeführer klar bejahen müsse. Berücksichtige man die weiteren Symptome, müsse letztlich von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ausgegangen werden. Auch fremdanamnestic ergebe sich dieses Bild. Der Beschwerdeführer sei in äusserst schlechter psychischer (und in der Folge auch physischer) Verfassung und es beständen kein Theaterspiel, keine Rentenbegehrlichkeit und keine unehrlichen Absichten. Zudem könne der Aussage des psychiatrischen Gutachters, wonach das Nichtansprechen der medikamentösen antidepressiven Behandlung als Beleg für ein Nichtvorliegen einer Depression gesehen werde, nicht gefolgt werden.

3.2 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).

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 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2014 (AB 70) massgeblich auf das interdisziplinäre

Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 24. Juni 2013 (AB 38.2) bzw. auf die jeweiligen Teilgutachten (AB 38.1 und AB 33.1) gestützt.

Das interdisziplinäre Gutachten vom 24. Juni 2013 (AB 38.2), basierend auf dem neurochirurgischen Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 6. Mai 2013 (AB 33.1) und auf dem versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 24. Juni 2013 (AB 38.1), erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen untereinander wie auch mit den übrigen Arztberichten in Übereinstimmung, so hatte zum Beispiel auch der behandelnde Neurochirurg Dr. med. E. _____ bereits in seinem Bericht vom 31. Oktober 2012 (AB 21 S. 6f.) ausgeführt, dass von Seiten der Wirbelsäulenoperation – und damit in somatischer Hinsicht – keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung ein, so dass darauf abgestellt werden kann und mit den Gutachtern ist davon auszugehen, dass einzig somatische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, nicht aber in psychischer Hinsicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt ist.

3.4 Die verschiedenen Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Beschwerde vom 24. Februar 2014 vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern:

3.4.1 Wenn der Beschwerdeführer bemängelt (vgl. Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 4 Ziff. 3), dass aus der „Beurteilung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht“ (AB 38.2) nicht ersichtlich sei, wann und wo die interdisziplinäre Beurteilung stattgefunden habe, ist dies nicht entscheidend. Relevant ist vorliegend vielmehr, dass eine interdisziplinäre Beurtei-

lung durch die involvierten Gutachter erfolgt ist und danach unterschriftlich bestätigt worden ist. Die beiden Gutachter sind denn auch durch die Beschwerdegegnerin mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt worden und sind deshalb für die Vollständigkeit und Richtigkeit desselben verantwortlich. So schmälert es den Beweiswert des Gutachtens auch nicht, wenn der verantwortliche Experte einen ausgewählten Mitarbeiter heranzieht und die von diesem erhobenen Befunde kontrolliert und interpretiert sowie die vom Mitarbeiter gegebene Beurteilung auf ihre Richtigkeit hin überprüft (vgl. Entscheid des EVG vom 9. Mai 2005, I 648/04, E. 4.1).

3.4.2 Anders als der Beschwerdeführer es geltend macht (vgl. Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 4 Ziff. 3 und S. 8 Ziff. 8), ist unter diesem Aspekt ebenfalls nicht relevant, dass die an der Erstellung des Gutachtens mitbeteiligte Psychologin H. _____ die interdisziplinäre Beurteilung durch die Dres. med. F. _____ und G. _____ nicht unterzeichnet hat. Der Auftrag der Begutachtung wurde dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. G. _____ erteilt und dieser fungiert auf dem Gutachten auch als Auftragnehmer und als für den Inhalt des Gutachtens verantwortlicher Experte (vgl. Titelblatt und Unterschrift [AB 38.1]). Der Gutachter hat denn auch eine persönliche psychiatrische Exploration des Beschwerdeführers vorgenommen (vgl. AB 38.1 S. 9 ff.).

Ebenso ist vorliegend für den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens auch nicht entscheidend, dass der Beschwerdeführer mangels Kenntnis der Mitbeteiligung der beigezogenen Psychologin H. _____ an der Erstellung des Gutachtens keine Möglichkeit gehabt habe, allfällige Ablehnungsgründe geltend zu machen (vgl. Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 5 Ziff. 6 und S. 8 Ziff. 8), zumal ein solcher Ablehnungsgrund weder geltend gemacht wird noch aus den Akten ersichtlich ist.

3.4.3 Wenn der Beschwerdeführer schliesslich kritisiert, dass die psychiatrische Exploration gerade mal 1,5 Stunden gedauert habe und damit äusserst knapp ausgefallen sei (vgl. Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 5 Ziff. 6), vermag dies am Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nichts zu ändern. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, denn massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergeb-

nis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2). Konkrete Hinweise, die unter diesem Aspekt gegen die Zuverlässigkeit der vorliegenden Expertise sprechen, werden vom Beschwerdeführer nicht namhaft gemacht, insbesondere nicht, inwiefern sich die angeblich kurze Untersuchungsdauer konkret negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Gutachtens niederschlagen haben soll.

3.4.4 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass er anlässlich der Untersuchung für das neurochirurgische Gutachten insbesondere durch Dr. med. F. _____ entwürdigend und mit „Abneigung, Harschheit und Kälte“ untersucht worden sei (Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 4 Ziff. 4 und S. 8 Ziff. 8 und Ergänzungen vom 24. März 2014). Bei diesen Vorbringen handelt es sich indes ausschliesslich um Behauptungen des Beschwerdeführers, die sich nicht durch entsprechende Anhaltspunkte in den Akten stützen lassen. Insbesondere zielt der Vorwurf, dass der Beschwerdeführer sich bis auf die Unterhosen habe ausziehen müssen und dies entwürdigend gewesen sei, ins Leere, denn dass er sich ausziehen musste, war aufgrund der Untersuchungen durch Dr. med. F. _____ als Neurochirurgin und damit somatische Gutachterin (vgl. AB 33.1 S. 11 ff.) sachlich geboten, musste sie doch hauptsächlich den Rücken und Oberkörper, im Zuge ihrer umfassenden Erhebung des neurochirurgisch-neurologischen Befundes aber auch die oberen und unteren Extremitäten untersuchen (vgl. dazu auch Entscheid des BGer vom 12. November 2013, 8C_545/2013 E. 4.7). Auch scheinen die Schilderungen des Beschwerdeführers in den Akten (AB 47), wonach seine Füsse anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. F. _____ wegen dem kalten Boden „blau angelaufen“ gewesen seien, übertrieben. Wenig wahrscheinlich ist zudem, dass sich nicht nur einer, sondern gleich beide involvierten Gutachter gegenüber dem Beschwerdeführer herablassend verhalten haben sollen.

3.5 Nach dem hiavor Dargelegten ist das interdisziplinäre Gutachten beweiskräftig und es ist darauf abzustellen. Insbesondere überzeugt auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G. _____ vom 24. Juni

2013 (AB 38.1). Daran vermögen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 6. September (AB 57) und vom 28. November 2013 (BB 4) nichts zu ändern, denn der unterschiedlichen Aufgabe eines behandelnden und eines begutachtenden Arztes muss und darf Rechnung getragen werden: So lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Hinweise auf solche Aspekte lassen sich den Akten nicht entnehmen und in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 13. November 2013 (AB 67) hat der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. _____ seine Einschätzung einlässlich und plausibel begründet. Namentlich überzeugt seine Begründung, wonach das depressive Geschehen beim Beschwerdeführer als depressive Reaktion im Sommer und Herbst 2012 auf die nicht nach seinen Vorstellungen und Hoffnungen verlaufenen Steroid-Infiltrationen zu qualifizieren und im Zeitpunkt der Begutachtung als remittiert zu beurteilen sei (AB 38.1 S. 19). Damit ist rechtsprechungsgemäss auch der invalidisierende Charakter dieses depressiven Geschehens so oder anders zu verneinen, da eine solche Beeinträchtigung reaktiver Natur als durch Psychotherapie leicht beeinflussbar gilt und im Allgemeinen rasch abklingt (vgl. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Aufl. 2010, S. 31). Schliesslich vermögen auch die Berichte von Dr. med. D. _____ vom 19. September 2012 (AB 19 S. 7 f.) und vom 10. März 2014 (BB 6) die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen, denn der behandelnde Hausarzt verfügt – wie er im Übrigen auch selber ausführt (vgl. BB 6) – nicht über die erforderliche fachärztliche Ausbildung zur Beurteilung und insbesondere auch Differenzierung von depressiven Erkrankungen (vgl. statt vieler: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3, wonach die fachliche Qualifikation

der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussage von erheblicher Bedeutung ist). Ausserdem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Damit erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den in der Beschwerde (Beschwerde vom 24. Februar 2014 S. 5 f. Ziff. 7 und S. 8 Ziff. 8 sowie ergänzende Stellungnahme vom 24. März 2014) aufgeführten Kriterien einer Depression, welche die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren Depression nahelegen würden: Die Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind oder nicht, ist Aufgabe der Ärzte und nicht rechtlicher Natur (vgl. auch E. 2.3 vorstehend). Nach dem hiervor Dargelegten kann auch in dieser Hinsicht auf die entsprechenden Angaben des Gutachters Dr. med. G. _____ (AB 38.1 und AB 67) abgestellt werden.

3.6 Zusammenfassend ist daher das von den Dres. med. F. _____ und G. _____ in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 24. Juni 2013 (AB 38.2 S. 2 f.) festgestellte Zumutbarkeitsprofil massgebend und es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (der Anteil der mittelschweren Tätigkeiten auf 50 % beschränkt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche bei einer dabei bestehenden 10 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar sind, wobei körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die HWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS, Tätigkeiten in Zwangshaltung der HWS (repetitive Arbeiten über Schulterhöhe und über Kopf) sowie Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan ausgeschlossen sind. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ist mit 15 kg, repetitiv mit 10 kg limitiert.

4.

4.1 Auf der Grundlage des festgestellten Zumutbarkeitsprofils (E. 3.6 vorstehend) ist der IV-Grad anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2012

(AB 1) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der hypothetische Rentenbeginn auf Februar 2013. Der Einkommensvergleich ist deshalb grundsätzlich auf diesen Zeitpunkt hin durchzuführen. Da die Zahlen für das Jahr 2013 des BFS noch nicht vorliegen, ist auf die entsprechenden Werte des Jahres 2012 abzustellen.

4.2 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (AB 70 S. 2) wurde vom Beschwerdeführer nicht kritisiert und ist im Ergebnis zutreffend und nicht zu beanstanden.

Bei einem jährlichen Valideneinkommen gemäss dem letzten Arbeitgeber im Jahr 2012 von Fr. 66'625.– (AB 17 S. 3 Ziff. 2.10) und einem Invalideneinkommen nach Tabellenlohn der LSE von Fr. 56'118.40 (Fr. 4'901.– x 12 [LSE 2010, Tabelle TA1, Männer, Total, Anforderungsniveau 4] / 40 x 41.7 [Betriebsübliche Arbeitszeit] / 100 x 101.7 [Indexierung auf 2012] x 0.9 [Zumutbarkeitsprofil, E. 3.6 vorstehend]) und – wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt – einem behinderungsbedingten Abzug von 10 % aufgrund des eingeschränkten Tätigkeitsspektrums (Fr. 56'118.40 x 0.9 = Fr. 50'506.60 [vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481]), resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 24 % ($(\text{Fr. } 66'625.- \text{ } \cdot \text{ } 0.24) / \text{Fr. } 66'625.- \text{ } \times 100$).

5.

Nach dem Ausgeführten erweist sich der erhebliche medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, so dass hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2014 (AB 70) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g GSOG).

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):
- Fürsprecher 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.