

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 2. Juni 2016 teilweise gutgeheissen (9C_181/2016).

200 14 844 IV
FUR/FRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Februar 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. August 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 10. Oktober 2012 unter Hinweis auf Rückenschmerzen nach einem Unfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere gewährte sie Beratung und Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes (AB 35) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Bern C._____ (MEDAS-Gutachten vom 24. Januar 2014; AB 63.1; 63.3). Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 66) holte die IVB eine Stellungnahme beim neurologischen Gutachter ein (Stellungnahme vom 4. April 2014; AB 68).

Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2014 (AB 72) stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Einsprache (AB 74). Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD (AB 77) wies die IVB das Rentenbegehren mit Verfügung vom 5. August 2014 (AB 78) bei einem ermittelten IV-Grad von 15% ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Fürsprecher B._____, mit Eingabe vom 15. September 2014 Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 5. August 2014 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei seit 1. März 2012 eine halbe Rente auszurichten.

Eventualiter:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 5. August 2014 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei für weitere medizinische Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 31. Oktober 2014 reichte Fürsprecher B. _____ seine Kostennote ein.

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 5. August 2014 (AB 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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.

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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1. In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals D._____, der Klinik E._____ vom 1. November 2012 (AB 14) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei seit dem 2. März 2012 wegen einer Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)-Kolonisation in Behandlung. Er habe keine diesbezüglichen Beschwerden. Im Hinblick auf mögliche Eingriffe im Rahmen einer Diskushernie sei im Juli 2012 eine Dekolonisation durchgeführt worden. Die MRSA-Kolonisation habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

3.1.2 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 24. Januar 2014 (AB 63.1) basiert auf neurologischen, psychiatrischen, internistischen, orthopädischen und neurochirurgischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 18 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom Etage L5 linksbetont
 - Anamnestisch erneut aufgetreten Mitte Januar 2012
 - Bei Status nach mikroneurochirurgischer Fensterung und einer partiellen Rezessotomie sowie Entfernung der frei perforierten mediolateralen Diskushernie L4/5 links mit partieller Ausräumung der Bandscheibe L4/5 links und Dekompression der Wurzel L5 am 30. Oktober 2011
 - mit flacher, medio-linkslateraler Rest-/Rezidivhernie L4/5 ohne Neurokompression, Osteochondrose L3-L5 und diskreter Retrolisthese L3/4
 - Linkskonvexe untere LWS-Skoliose Scheitelpunkt L3/4
 - Röntgendiagnostisch reduzierter Bewegungsumfang in Inklinatation, geringer in Reklination
 - Status nach Microdiscectomie L4/5 links am 31. Oktober 2011
 - Status nach periduraler Infiltration L4/5 am 30. Mai 2012
 - Status nach Facetteninfiltration L4/5 links am 5. Juni 2012
 - Status nach Radiofrequenztherapie L4 links am 9. August 2012

- Status nach Facetteninfiltration L4/5 links mit Kortison am 12. Februar 2013
- o Mit/bei Status nach MRSA-Infektion, festgestellt März 2012
 - Mit sechsmonatiger Dekolonisationsbehandlung

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- o Status nach SLAP-Läsion Grad II rechte Schulter
 - mit Status nach zweimaliger Operation rechte Schulter 2003 – aktuell symptomlos
- o Status nach Metacarpale-I-Trümmerfraktur rechte Hand vom 4. März 2011
 - mit Status nach operativer Versorgung – folgenlos ausgeheilt
- o Spreizfuss beidseits
- o Medikamentenunverträglichkeit
- o Status nach früher vorhandener Dyslipidämie
- o Koronare Herzkrankheit bei Status nach dreifacher Stenteinlage 2009
- o Status nach Kieferoperation rechts am 25. Februar 2013, Appendektomie 1997
- o Status nach Asthma
- o Nikotinabusus

Aus neurologischer Sicht wurde von Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom Etage L5 linksbetont sowie eine MRSA-Infektion, festgestellt März 2012, mit sechsmonatiger Dekolonisationsbehandlung diagnostiziert. Der Neurologe führte aus, es fehlten jegliche Anzeichen für das Vorliegen einer radikulären Symptomatik, es bestehe vielmehr eine lokalisierte Schmerzsymptomatik in der Höhe der Operationsnarbe L4/5, die als stechend brennend beschrieben werde, ohne dass sich dafür ein sensibles Korrelat in dem angegebenen Hautareal finden lasse. Die geschilderte Schmerzsymptomatik schein somit in keinem direkten Zusammenhang mit dem in der Bildgebung nachgewiesenen L4/5 Rezidiv zu stehen. Unter dem Aspekt der abgelaufenen, über sechs Monate behandelten MRSA-Infektion wäre beispielsweise an eine stattgehabte osteomyelitische Reaktion zu denken, welche iatrogen oder auch hämatogen durch fortgeleitete Infektion zustande kommen könnte. Neurologisch und interdisziplinär müsse von einem chronischen lokalisierten Schmerz in der Region LWK 4/5 ausgegangen werden, der zumin-

dest auf degenerativen, muskulären Vorgängen und auf der Instabilität dieses LWS-Abschnittes beruhe. Bei entsprechenden Rotationsbewegungen lasse sich dort ein Schmerz provozieren, welcher bei einer diesbezüglichen Dysfunktion in diesem Bewegungssegment links paravertebral als Grundlage der beklagten Schmerzen angesehen werden könne. Es sei auch anzunehmen, dass zusätzliche statische Ursachen bestünden, welche im Rahmen der seit der Kindheit bestehenden Skoliose im Zusammenhang mit der LWS Operation funktionell zu Stande kommen könnten. Diese Funktionseinschränkungen führten in ihrer Gesamtheit zu der sehr ausgeprägten und glaubhaft geschilderten Symptomatik des Beschwerdeführers (S. 14). Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eines ... in leitender Position, obwohl diese bereits als angepasst gelte, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 15).

Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 63.1 S. 23 ff.) wurden von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnosen gestellt. Rein psychiatrisch bestehe eine 100%ige Leistungsfähigkeit für 8.5 Stunden täglich, fünf Tage die Woche (S. 29).

Im internistischen Teilgutachten (AB 63.1 S. 30 ff.) wurde von Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin, ausgeführt, es falle auf, dass eine 2009 durchgeführte Dilatation von Koronararterien mit dreifacher Stenteinlage vom Beschwerdeführer nur nebenbei erwähnt werde. Er beziehe seine sämtlichen Klagen auf die Wirbelsäule. Die MRSA-Infektion gelte als erfolgreich beendet (Juni 2012 mit Nachtests über neun Monate). Der Beschwerdeführer sei zu 100% arbeitsfähig (S. 33).

Im orthopädischen Teilgutachten (AB 63.1 S. 34 ff.) wurde von Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Befund ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe kein Druckschmerz über der Wirbelsäule. Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule seien in ihrer Beweglichkeit jeweils frei. Es bestehe eine linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule mit einem Cobbwinkel von 10°. Eine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne liege nicht vor (S. 38). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der Wirbelsäule könnten aus orthopädischer Sicht nur zum Teil nachvollzogen werden (S. 39). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 40).

Im neurochirurgischen Teilgutachten (AB 63.3) diagnostizierte Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (S. 9). Der neurologische Status lasse eine gute Beweglichkeit der LWS ohne Blockierungsercheinungen erkennen, radikuläre Zeichen oder Defizite lägen keine vor. Radiologisch/neuroradiologisch kämen wohl degenerative Veränderungen vor allem L4/5 – was nach einem operativen Eingriff an dieser Stelle zu erwarten sei – zur Darstellung, nicht jedoch ein neurokompressiver Befund. Eine Erklärung für das ausgeprägte Schmerzbild lasse sich nicht finden (S. 9 f.). Aus neurochirurgischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit ganztags zumutbar, wobei infolge kurzer Pausen zur Lockerung von einer Arbeitsfähigkeit von insgesamt 85% ausgegangen werden könne (S. 10).

In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde von den Gutachtern ausgeführt, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer Verweistätigkeit liege bei 50% (vorrangig reduzierte Zeitpräsenz; AB 63.1 S. 19).

3.1.3 Der RAD-Arzt, Dr. med. K._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2014 (AB 66) aus, im Rahmen des MEDAS-Gutachtens komme die Neurochirurgin Dr. med. J._____ zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Problematik im Operationsgebiet 15% betrage. Der Neurologe, Dr. med. F._____, finde in seinem Fachgebiet keine krankhaften Befunde. Trotzdem übernehme dieser die Ansicht des Beschwerdeführers, wonach die Arbeitsfähigkeit nur 50% betrage. Der Neurologe gebe dabei den im Operationsgebiet geltend gemachten Schmerzen ein grosses Gewicht. Es handle sich um belastungsabhängige Schmerzen, welche sich nur bei bestimmten Manövern (Rotation, Seitwärtsneigung) und nach langem Stehen einstellen würden. Des Weiteren führte der RAD-Arzt aus, wenn sich der Neurologe bei einem Versicherten mit einem Zustand nach einem neurochirurgischen Eingriff der Einschätzung der Neurochirurgin nicht anschliessen könne, müsse dieser das mit krankhaften neurologischen Befunden erklären.

3.1.4 Der neurologische Gutachter, Dr. med. F._____, führte in seiner Stellungnahme vom 4. April 2014 (AB 68) aus, es sei richtig, dass aus neu-

rologischer Sicht zusätzlich für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit der Umstand gewürdigt worden sei, dass der Beschwerdeführer in etwa zu Beginn der Rückenschmerzproblematik immerhin an einem MRSA erkrankt sei, was eine sehr ernst zu nehmende, gefürchtete, oft lebensbedrohlich schwergradige Erkrankung darstelle, welche z.B. durch Absiedelung dieser multiresistenten Keime in schlecht durchbluteten Geweben langwierige Komplikationen verursachen könne und die vom Beschwerdeführer beklagte Schmerzsymptomatik hinreichend erklären könne, auch wenn dieses aus neurochirurgischer Sicht eben nicht der üblichen morphologischen Bildgebung zugänglich sei. Bis zur Klärung sei die Schmerzsymptomatik zunächst als objektiv bestehend anzunehmen, zumal keine konkreten Hinweise für andere Schmerzursachen bestünden. Im Gutachten sei dieser Sachverhalt ausführlich dargelegt, aber auch der Hinweis gegeben worden, dass weitere Abklärungen vorzunehmen seien, die jedoch den Umfang des Gutachterauftrages sprengten. Weiter führte der Neurologe aus, sollten die Abklärungsergebnisse unauffällige Befunde ergeben, so wäre der von Dr. med. J. _____ in ihrem neurochirurgischen Gutachten bestimmte Grad der Arbeitsfähigkeit zutreffend.

3.1.5 Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2014 (AB 77) aus, die Invalidenversicherung beurteile den stabilen Defektzustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie sei nicht ein Zentrum für medizinische Diagnostik und Therapie. Es liege an der behandelnden Ärzteschaft, die Ursachen für die geltend gemachten Schmerzen zu identifizieren und therapeutisch anzugehen. Die Invalidenversicherung könne selber weder der Situation angepasste Therapien durchführen noch solche in Auftrag geben. Gerade bei einer allenfalls vorliegenden Infektion durch ein multiresistentes Bakterium brauche es ein Team von erfahrenen Klinikern, das das komplexe Therapieschema festlege und kontinuierlich überprüfe. Dem Beschwerdeführer sei überhaupt nicht geholfen, wenn die vom neurologischen Gutachter erwogene (möglicherweise, nicht sicher vorhandene) Ostitis aktiv und unbehandelt bleibe und er dafür eine halbe Rente bekomme. Wenn eine Ostitis bestünde, bedürfte sie unbedingt der Therapie. Das werde auch der Beschwerdeführer anstreben, wenn nicht, stelle sich die Frage, ob sich der Hinweis auf

die Schadenminderungspflicht aufdränge. Nach Abheilung werde dann eine Neu Beurteilung der Arbeitsfähigkeit notwendig 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 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306; 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 5. August 2014 (AB 78) massgeblich auf das neurochirurgische Teilgutachten von Dr. med. J. _____ (AB 63.3) gestützt. Soweit der Be-

schwerdeführer das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens (AB 63.1) rügt und vorbringt, auf die Beurteilung von Dr. med. J. _____ alleine könne sowieso nicht abgestellt werden (Beschwerde S. 6 ff.), kann ihm nicht gefolgt werden. Wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.2 hiervor) ist es die Pflicht der Beschwerdegegnerin, Gutachten nicht unbesehen zu übernehmen, sondern sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Dr. med. J. _____ diagnostizierte ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Gemäss ihren schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen besteht neurologisch eine gute Beweglichkeit der LWS ohne Blockierung und es liegen keine radikulären Zeichen vor. Radiologisch/neuroradiologisch besteht eine minimste Fehlhaltung sowie eine flache Diskushernie L4/5 links ohne Neurokompression (AB 63.3 S. 9). Basierend auf diesen Abklärungsbefunden geht sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit ganztags zumutbar ist mit einer Einschränkung von 15% infolge kurzer Pausen zur Lockerung (AB 63.3 S. 11).

Das Teilgutachten von Dr. med. J. _____ erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachterin hat sich in ihrer ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigene Untersuchung getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Ihre Einschätzung, wonach eine Leistungseinschränkung von 15% in der angestammten Tätigkeit als ... in leitender Position besteht (AB 63.3 S. 10 f.), ist plausibel und überzeugend.

Der neurologische Gutachter, Dr. med. F. _____, hat in der angestammten Tätigkeit eine wesentlich andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Gemäss seiner Beurteilung liegt eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vor (AB 63.1 S. 15). Die weiteren Gutachter, insbesondere auch der Orthopäde, haben keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

gestellt und gehen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (AB 63.1 S. 29, 33, 40). In der interdisziplinären Begründung wird die Einschätzung von Dr. med. F. _____, wonach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, übernommen. Dem kann jedoch nicht gefolgt werden.

Dr. med. F. _____ diagnostizierte wie Dr. med. J. _____ ebenfalls ein (chronisches) lumbovertebrales Schmerzsyndrom und kann keine massgeblichen neurologischen Störungen objektivieren (AB 63.1 S. 14 f.). Insoweit decken sich die beiden Teilgutachten. Dr. med. F. _____ erklärt die Leistungseinschränkung von 50% aus „neurologischer und interdisziplinärer“ Sicht damit, dass Funktionseinschränkungen zu der vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzsymptomatik führen (AB 63.1 S. 14). Der Neurologe geht davon aus, dass vermutungsweise eine chronische Osteomyelitis (durch fortgeleitete MRSA-Infektion) die Schmerzen verursachen könnte. Als Funktionseinschränkungen nennt er degenerative muskuläre Vorgänge sowie die Instabilität des LWS-Abschnittes LWK 4/5 und die Skoliose. Diese Sichtweise überzeugt nicht. Dies gilt vorab mit Bezug auf den Ansatz von Dr. med. F. _____, bis zur definitiven (diagnostischen) Klärung sei die Schmerzsymptomatik als objektiv bestehend anzunehmen, was in der interdisziplinären Bewertung bei der Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden sei (AB 68 S. 2). Damit ist für den Gutachter offenbar massgebend, dass er die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen als glaubhaft erachtet; eine schlüssige neurologische Diagnose, auf welche sich die gutachterlich attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit stützen würde, liegt indessen nicht vor. Sodann interpretiert Dr. med. F. _____ die Auswirkungen des Schmerzes – ohne eigentlichen neurologischen Befund erheben zu können – denn auch vornehmlich aufgrund der anamnestisch erhobenen Angaben des Beschwerdeführers. Nicht plausibel sind die Ausführungen von Dr. med. F. _____ auch insoweit, als er nicht nur aus neurologischer Sicht, sondern interdisziplinär argumentiert. Die degenerativen Veränderungen der LWS sowie die (minimale) Fehlhaltung wurden jedoch zu Recht von der Neurochirurgin und vom Orthopäden beurteilt. Beide Fachärzte kommen zum im Wesentlichen übereinstimmenden Schluss, dass für die angestammte, dem Leiden des Beschwerdeführers ideal angepasste Tätigkeit im ... keine Einschränkungen

gen (orthopädisch, AB 63.1 S. 40) bzw. 15% wegen vermehrter Pausen (neurochirurgisch, AB 63.3 S. 11) bestehen.

Der vom Beschwerdeführer grundsätzlich zu Recht gerügte Mangel der fehlenden Unterschrift von Dr. med. J._____ im Hauptgutachten (AB 63.1 S. 2) wird dadurch relativiert, dass der federführende Gutachter Dr. med. F._____ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin ausdrücklich festgestellt hat, die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. J._____ treffe zu, falls die von ihm befürworteten weiteren Abklärungen unauffällige Befunde ergeben (AB 68 S. 2). Diese Abklärungen scheinen indessen von vornherein entbehrlich, da Dr. med. F._____ sie vorab aus diagnostischen/therapeutischen Gründen (im Hinblick auf eine allfällige Otitis) angeregt hat, was für die Belange der IV jedoch nicht entscheidend ist. Auch ist die von Dr. med. F._____ erwähnte MRSA-Problematik nicht mehr relevant, nachdem die durchgeführte Dekolonisationsbehandlung nach Feststellung der Gutachter erfolgreich abgeschlossen worden ist (AB 63.1 S. 16). Sind also die von zusätzlichen Abklärungen zu erwartenden Befunde hier unbeachtlich, kann auf die Einschätzung von Dr. med. J._____ abgestellt werden.

Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... in leitender Position zu 15% eingeschränkt ist.

4.

In der Folge ist der IV-Grad zu bemessen.

4.1 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).

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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

4.2 Der Beschwerdeführer arbeitet nach wie vor an seinem angestammten Arbeitsplatz als ... im L. _____.

4.2.1 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten anzunehmen, dass er bei guter Gesundheit weiterhin in einem 100%-Pensum tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzusetzen ist. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf den im L. _____ erzielten Lohn abgestellt hat. Gemäss den Angaben des Arbeitgebers betrug der Monatslohn im Jahr 2012 Fr. 11'026.05 (AB 25 S. 4). Dies ergibt ein Valideneinkommen von Fr. 143'339.-- (Fr. 11'026.05 x 13).

4.2.2 Gestützt auf das Teilgutachten der Neurochirurgin (AB 63.3 S. 11) ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 15% eingeschränkt. Entsprechend der Berechnung der Beschwerdegegnerin (AB 78) beträgt das Invalideneinkommen somit Fr. 121'838.-- (Fr. 143'339.-- - 15%).

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 143'339.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 121'838.-- resultiert ein IV-Grad von gerundet 15% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervoor).

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

5.

5.1 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

Die Kammerpräsidentin:

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.