

200 14 923 IV
KOJ/ZID/JAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. März 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. September 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 7. Mai 2009 einen Autounfall (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 33.1/9). Im Januar 2010 meldete er sich unter Hinweis auf seither bestehende Beschwerden im Nackenbereich und an der Wirbelsäule bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 4 ff.). Am 25. Oktober 2010 erlitt der Versicherte einen zweiten Autounfall (AB 23.4). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte aufgrund beider Unfälle Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten; AB 33.1/55, 33.1/113 ff., 33.1/216) und leistete Kostengutsprache (AB 33.1/198) für eine Arbeitsplatzabklärung (AB 28). Nach einer SUVA-kreisärztlichen Untersuchung vom 1. November 2011 (vgl. E. 3.1.7 hiernach), einer stationären Abklärung im Spital M._____ vom 7. November bis 6. Dezember 2011 (vgl. E. 3.1.8 hiernach) sowie einer psychiatrischen Begutachtung (Gutachten vom 11. Oktober 2012; vgl. E. 3.1.9 hiernach) verfügte die SUVA am 12. März 2013 die Einstellung der Leistungen per 17. März 2013, da die noch geklagten Beschwerden nicht adäquat kausal zu den Unfällen vom 7. Mai 2009 und vom 25. Oktober 2010 seien (AB 35). Dies wurde durch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern nach Durchführung des Einsprache- und Beschwerdeverfahrens mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 13. Januar 2014, UV/2013/482, bestätigt (AB 42).

B.

Mit Vorbescheid vom 15. Mai 2014 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 46). Auf Einwand hin (AB 47) verfügte sie am 9. September 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt, dies mit der Begründung, die diagnostizierten Befunde als solche bewirkten noch keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeits-

fähigkeit und die entsprechenden Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar (AB 52).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 30. September 2014 Beschwerde. Er beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zur Bemessung des Invaliditätsgrades an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, er leide an chronischen Schmerzen der HWS und latenten Schmerzen in der Lende, dies aufgrund degenerativer, schon vor den Verkehrsunfällen bestehenden Veränderungen. Es bestehe somit eine objektivierbare, nämlich radiologisch nachgewiesene organische Grundlage des Beschwerdebildes. Die seit 2009 andauernde, wechselgradige Erwerbsunfähigkeit sei ausgewiesen. Es liege somit ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung der somatischen wie auch psychischen Komponenten vor. Entsprechend liege eine psychische Komorbidität vor. So habe er bei seinem bisherigen Arbeitgeber die auf ihn zugeschnitten gewesene leichte Tätigkeit bei einem reduzierten Lohn nur in einem Pensum von 50% bewältigen können. Mit der Kündigung per 31. Juli 2014 (vgl. Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 14) sei eine neue depressive Episode ausgelöst worden; dies sei entsprechend abzuklären.

Unter Verzicht auf eine Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin am 29. Oktober 2014 die Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichten die SUVA am 5. November 2014 die Unfallakten und Fürsprecher B._____ am 3. Dezember 2014 seine Kostennotizen 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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 9. September 2014 (AB 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 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 i.V.m. 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

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. 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, therapeutisch 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; vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.1 ff. S. 550).

Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweis-

bare 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). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb unter anderem analog anwendbar auf spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 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).

2.6 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).

2.6.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

2.6.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es 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).

2.6.3 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht im Übrigen auch der Erfahrungstatsache Rechnung 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Die Fachärzte des Spitals N._____ diagnostizierten im Bericht vom 27. Februar 2009 (AB 15.5) chronische Zervikalgien bei einer leichten Segmentdegeneration C5/6 mit schwerer Bandscheibendegeneration C6/7, jedoch ohne Neurokompression. Nach Ausschluss einer Neurokompression sowie klinisch lokalisiertem Schmerzsyndrom im zerviko-thorakalen Übergang ohne Ausstrahlung in die Arme empfehle sich vorerst kein operatives Vorgehen, sondern eine Schmerztherapie zur besseren Einstellung der oralen Analgetika sowie gegebenenfalls eine Triggerpunkt-Infiltration.

3.1.2 Die Fachärzte des Spitals N._____ diagnostizierten im Bericht vom 31. Juli 2009 (AB 4/12 f.) ein beidseitiges cervikothorakales Schmerzsyndrom mit/bei leichtem Discusbulging C6/7 ohne Neurokompression, altersmässig wenig gelbem Knochenmark in der HWS unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch möglicher tiefcervikaler Facettengelenksproblematik nach fraglichem Trauma vor zehn Jahren, aktuell vor allem myofascialer Symptomatik, eine arterielle Hypertonie und unklare symmetrische Beinschmerzen nach Ruhepausen nach Anstrengung. Nach achtmaliger Triggerpunkt-Infiltration im Schulter-Nackebereich kombiniert mit aktivierender Physiotherapie hätten sich die Nackenbeschwerden deutlich gebessert. Leider habe sich die Symptomatik wegen eines Auffahrunfalles am 7. Mai 2009 vorübergehend verschlechtert. Seither beständen auch vermehrte occipitale Kopfschmerzen und eine erstmalige Infiltration nach dem Unfall habe zu einer Schmerzverstärkung geführt. Wegen der Zunahme der Kopfschmerzen wolle der Beschwerdeführer vorerst keine weiteren Termine mehr wahrnehmen.

3.1.3 Die Fachärzte des Spitals N._____ stellten im Bericht vom 7. Dezember 2009 (AB 4/16) fest, dass degenerative Veränderungen vorbestehend seien und aktuell die Schmerzen nach dem Unfall vom 7. Mai 2009 zunähmen. Der Vergleich mit Voraufnahmen vom 12. Januar 2009 zeige deutlich degenerative Veränderungen über das normale Mass hin-

ausgehend, jedoch ohne wesentliche Befundänderung und keine Spinalkanalstenose oder Listhesis.

3.1.4 Anlässlich einer ambulanten neurologisch-neurochirurgischen Untersuchung vom 16. Februar 2010 führten Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie FMH, und die Assistenzärztin Dr. med. D._____ des Spitals N._____ im Bericht vom 2. März 2010 (AB 17.2) aus, dass der Beschwerdeführer sich mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen vorstelle und über subjektiv verstärkte Symptomatik seit einem Auffahrunfall im Mai 2009 klage. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen seien radiologisch vorbekannt gewesen, es habe sich aber im Vergleich zur Bildgebung vom Januar 2009 keine Zunahme der degenerativen Veränderungen gezeigt. Eine radikuläre Symptomatik könne klinisch ausgeschlossen werden. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen erfüllten die Kriterien für chronische Spannungskopfschmerzen; inwiefern die degenerativen Veränderungen der HWS die Schmerzen auslösten oder verstärkten, müsse offen gelassen werden. Möglicherweise seien die degenerativen Veränderungen durch das Trauma aktiviert und destabilisiert worden. Die Diagnose lautete chronische Kopf- und Nackenschmerzen bei ausgeprägten, degenerativen HWS-Veränderungen. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit seien kurze, jedoch eventuell tägliche Arbeitseinsätze empfohlen.

3.1.5 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. F._____ von der Notfallstation des Spitals O._____ untersuchten den Beschwerdeführer nach seinem Unfall vom 25. Oktober 2010 und erstellten Röntgenbilder. Im Bericht vom 26. Oktober 2010 (AB 23.3) hielten sie fest, dass die Beweglichkeit der HWS zwar schmerzbedingt stark eingeschränkt sei, jedoch keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen oder auf Pneumothorax beständen. Sie diagnostizierten eine erneute HWS-Distorsion mit/bei bekanntem beidseitigem cervikothorakalen Schmerzsyndrom mit leichtem Discusbulging C6/7 ohne Neurokompression und hielten die Verdachtsdiagnose auf tiefencervikale Facettengelenksproblematik nach fraglichem Trauma vor zehn Jahren fest. Der Beschwerdeführer werde in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

3.1.6 Anlässlich eines Indikationsgesprächs vor multimodaler Schmerztherapie diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Oberarzt des Spitals M._____, im Bericht vom 27. Oktober 2011 (AB 33.1/228 ff.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen (ICD-10: F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Es sei eine stationäre multimodale Schmerzbehandlung während drei bis vier Wochen indiziert.

3.1.7 Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 1. November 2011 (AB 33.1/236 ff.) fest, dass von einer weiteren Behandlung in Anbetracht des bisherigen Verlaufs keine wesentliche Besserung zu erwarten sei (AB 33.1/244). Den angegebenen Beschwerden fehle ein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Veränderung, so dass diese Beschwerden als organisch nicht hinreichend nachweisbar zu werten seien. Über die psychische Symptomatik informiere der Bericht der Ärzte der Schmerzprechstunde des Spitals N._____ (vgl. E. 3.1.6 hiervor) und als unfallfremd zu werten sei die geltend gemachte Schwäche an der unteren Extremität links, welche von diversen Untersuchern als am ehesten funktionell gewertet worden sei (AB 33.1/245).

3.1.8 Nach einer stationären Abklärung und Behandlung vom 7. November bis zum 6. Dezember 2011 diagnostizierten Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, und Dr. med. J._____ des Spitals M._____ im Austrittsbericht vom 8. Dezember 2011 (AB 33.1/255 ff.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen (ICD-10: F45.41) MMTS, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine leichte Niereninsuffizienz wahrscheinlich im Zusammenhang mit chronischer NSAR-Einnahme. Nach einer Phase 100%iger Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall vom 7. Mai 2009 habe der Beschwerdeführer ab September 2009 die Arbeit in einem Pensum von ca. 20% wieder aufgenommen und ab Mitte 2010 auf 60% erhöht. Nach etwas mehr als einem Monat Arbeitspause nach dem Unfall vom 25. Oktober 2010 habe der Beschwerdeführer ab Dezember 2010 wieder zu ca. 25 %

zu arbeiten begonnen und dieses Pensum seither halten können (AB 33.1/258).

3.1.9 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 11. Oktober 2012 (AB 33.1/305 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine remittierte depressive mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1; AB 33.1/331). Bereits vor den beiden vorliegend relevanten Autounfällen dürfte eine chronische Schmerzerkrankung vorgelegen haben, die jedoch weniger symptomatisch verlaufen und nicht zu einer schwerwiegenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben dürfte. Diese vorbestehende Schmerzerkrankung dürfte sich nun nach den beiden Autounfällen verschlechtert und leicht modifiziert lokalisiert haben. Trotz intensiver und aufwändiger Behandlung leide der Beschwerdeführer weiterhin unter Beschwerden und die Arbeitsfähigkeit betrage 50%. Aufgrund der damaligen psychopathologischen Beschreibungen mit Störungen der Konzentration, der Antriebsstörung, der affektiven Komponenten (depressive Stimmungslage, Affektinkontinenz), den Schlafproblemen und auch des sozialen Rückzuges könne der damals im Spital M. _____ gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (vgl. E. 3.1.8 hiervor) rückwirkend zugestimmt werden (AB 33.1/328). Vom Verlauf her sei davon auszugehen, dass sich das depressive Bild in der Zwischenzeit unter der Behandlung mit einer antidepressiven Medikation und der begleitenden Betreuung durch einen Psychologen aufgehellt haben dürfte. In der Exploration seien weder Antriebsprobleme noch eine depressive Stimmungslage festzustellen, auch nicht die damals beschriebene Affektinkontinenz. Auch wirke der Beschwerdeführer nicht niedergeschlagen. Von einem sozialen Rückzug sei nicht mehr auszugehen, wie er ihn für die Zeit des Sommers und Herbst 2011 beschrieben habe. Aktuell sei keine Störung des depressiven Formenkreises mehr erkennbar. Weiterhin zentral aber seien die Schmerzen und hier insbesondere die Nackenschmerzen, welche in den Hinterkopf und die beiden Schultern ausstrahlten. Aufgrund der Klinik sei nicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) auszugehen, weil der Beschwerdeführer die Kernkriterien (andauernder, schwerer und quälender

Schmerz) nicht erfülle (AB 33.1/330). In Anbetracht der Aufhellung der depressiven Befunde sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 80% realistisch, allerdings unter der Voraussetzung, dass die tägliche Arbeit von sieben Stunden bzw. 35 Wochenstunden auf zehn Halbtage zu je dreieinhalb Stunden auf die Woche verteilt werde. Über Mittag solle eine grössere Pause von zweieinhalb Stunden möglich sein. Zudem solle die Steigerung schrittweise über die nächsten Monate erfolgen, so dass auf Anfang 2013 oder im Frühjahr 2013 die 80% realisiert werden könnten. Es sei von einem stabilen Zustand auszugehen, wesentliche Verbesserungen seien im Sinne des überwiegend Wahrscheinlichen nicht zu erwarten (AB 33.1/332 f.).

3.1.10 Auf Anfrage hin führte der Hausarzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 12. Juni 2014 aus, nach einer Arbeitsleistung von vier bis fünf Stunden komme es regelmässig zum Wiederauftreten von Symptomen wie Kopfschmerzen, Seh- und Konzentrationsstörungen sowie massiver Müdigkeit. Dies zwingt den Beschwerdeführer dazu, nach der Rückkehr nach Hause schlafen zu gehen; eine Form von Weiterarbeit sei nicht mehr möglich, entsprechende Versuche seien gescheitert. Nach Meinung des Hausarztes sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% jetzt und in Zukunft nicht mehr möglich (BB 11). Mit Zeugnissen vom 17. Juli und 22. September 2014 attestierte der Hausarzt eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis 31. Juli 2014 und vom 1. September bis 31. Oktober 2014 (BB 15).

3.2

3.2.1 Bereits im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren UV/13/482 (E. 3.3 S. 15) wurde namentlich dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. K. _____ vom 11. Oktober 2012 (vgl. E. 3.1.9 hiervor) volle Beweiskraft (vgl. E. 2.6.1 hiervor) zugesprochen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge leuchten ein und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sind nachvollziehbar begründet (vgl. E. 2.6 hiervor). Der psychiatrische Gutachter (vgl. E. 3.1.9 hiervor) diagnostizierte in Übereinstimmung mit den weiteren behandelnden Fachärzten (vgl. E. 3.1.6 ff. hiervor) eine chronische Schmerz-

störung mit somatischen und psychischen Faktoren. Gemäss den zeitnah an den Unfallereignissen erstellten Berichten waren – bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS (vgl. E. 3.1.1 hiervor) – keine Hinweise für frische strukturelle Veränderungen der HWS feststellbar (vgl. E. 3.1.3 ff. hiervor).

3.2.2 Auch im vorliegenden Verfahren ist auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. K. _____ vom 11. Oktober 2012 (vgl. E. 3.1.9 hiervor) abzustellen (vgl. E. 3.2 hiervor). Es überzeugt hinsichtlich Diagnosen, Befunderhebung und Beurteilung. Angesichts der fehlenden invalidenversicherungsrechtlichen Massgeblichkeit der attestierten Störung (vgl. E. 3.4 nachfolgend) ist die vom Beschwerdeführer an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter geübte Kritik von vornherein unbeachtlich. Soweit der Beschwerdeführer die gutachterliche Beurteilung anhand eines Berichts seines Hausarztes vom 12. Juni 2014, worin eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% als nicht möglich bezeichnet wird (vgl. E. 3.1.10 hiervor), in Zweifel zu ziehen versucht (vgl. Beschwerde, S. S. 5 oben), kann dem nicht gefolgt werden. Die Einschätzung des Hausarztes basiert mehr auf Schilderungen des Beschwerdeführers denn auf eigenen Untersuchungen. Der Hausarzt vermag auch keine neuen Aspekte zu benennen, die dem Gutachter nicht schon bekannt gewesen wären (vgl. E. 2.6.2 hiervor) und bei der anderslautenden Einschätzung des Hausarztes ist schliesslich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 2.6.3 hiervor).

3.3 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer schon vor den Verkehrsunfällen vom Mai 2009 bzw. Oktober 2010 an degenerativen Veränderungen der HWS litt und deshalb in ärztlicher Behandlung war (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Aufgrund dessen geht der Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 3 Ziff. 2) von einer organischen Grundlage für seine Beschwerden, mithin von einer organischen Schädigung, welche sich durch die beiden Unfälle verschlimmert habe, aus. Das Verwaltungsgericht hat indessen bereits im VGE UV/13/482, E. 3.3.2 S. 16, E. 4.1.2 S. 19 und E. 4.2.2 S. 23, festgehalten, dass der Beschwerdeführer zwar an Auswirkungen der vorbestehenden degenerativen Veränderungen litt, diese aber nicht besonders gravierend waren, keine Arbeitsunfähigkeit

zur Folge hatten (vgl. AB 7.3/3) und durch die Unfälle auch nicht verschlimmert worden sind (vgl. auch E. 3.1.3 ff. hiervor). Die vorbestehenden Gesundheitsschäden waren und sind nicht invalidisierend. Es bestehen keinerlei Anzeichen, dass sich daran etwas geändert hätte.

3.4 Im VGE UV/13/482 wurde der adäquate Kausalzusammenhang der bestehenden Beschwerden mit den beiden Verkehrsunfällen vom Mai 2009 bzw. Oktober 2010 nach Massgabe der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) verneint. Es wurde auch festgehalten, dass hinsichtlich der geklagten Beschwerden im HWS- und Nackenbereich keine nachweisbaren organischen Gesundheitsschäden vorliegen, die auf die beiden Unfälle zurückzuführen sind (E. 3.3.2 S. 16 unten). Ausgehend von zwar vorbestehenden, nicht aber invalidisierenden Gesundheitsschäden (vgl. E. 3.3 hiervor) lassen sich die seit den Unfällen konstant geklagten Beschwerden und insbesondere die aufgrund dessen attestierte Arbeitsunfähigkeit mit den unverändert gebliebenen somatischen Befunden nicht hinreichend erklären. Ob die aus den Unfällen resultierenden Gesundheitsschäden invalidisierend sind, ist somit nach der Schmerzrechtsprechung zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor). Danach besteht bei HWS-Beschwerden, die ätiologisch nicht mit den objektivierten organischen Befunden zu erklären sind, eine Leistungspflicht der IV nur, wenn die sog. Foerster-Kriterien (vgl. E. 2.3 hiervor) erfüllt sind und die Beschwerden deshalb als mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbar gelten.

3.4.1 Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist vorliegend nicht ersichtlich. Soweit der Beschwerdeführer in der Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 4, auf das Gutachten von Dr. med. K._____ (vgl. E. 3.1.9 hiervor) verweist, stellte dieser fest, dass die (neben der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen) diagnostizierte depressive mittelgradige Störung remittiert ist und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Wenn der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang auf die erfolgte Kündigung seines Arbeitsverhältnisses hinweist, welche eine neue depressive Episode ausgelöst habe, kann er daraus ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten, wäre doch eine allfällige durch die Kündigung ausgelöste depressive Episode offensichtlich reaktiver Natur und damit ebenfalls nicht invalidisie-

rend (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 35 N. 73). Es besteht mithin insgesamt keine relevante psychische Komorbidität.

3.4.2 Auch die weiteren massgeblichen Kriterien sind vorliegend nicht oder nicht in einem Ausmass erfüllt, um von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Was zunächst die chronischen körperlichen Begleiterkrankungen anbelangt, müssen solche nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein erhebliches Ausmass aufweisen, um als relevantes Zusatzkriterium Berücksichtigung zu finden (Entscheid des BGer vom 7. Januar 2009, 8C_348/2008, E. 4.2). Dies trifft vorliegend nicht zu, ist doch schon unter E. 3.3 hiavor festgehalten worden, dass die vorbestehenden degenerativen Veränderungen nicht invalidisierend wirken. Darüber hinaus liegt eine Schmerzproblematik vor, für die es an hinlänglich objektivierbaren organischen Ursachen fehlt und derentwegen eine Schmerzstörung diagnostiziert wurde. Damit entfällt der Aspekt chronischer körperlicher Begleiterkrankungen. Gleiches gilt hinsichtlich des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs. Ein solches Krankheitsgeschehen mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lässt sich zwar mit Bezug auf die Schmerzproblematik nicht von der Hand weisen; dieser Verlauf ist jedoch für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2008, 8C_195/2008, E. 7.3). Mit Blick auf das psychiatrische Gutachten ist sodann die soziale Integration nicht verloren gegangen (AB 33.1/319: Sie hätten zu Hause wieder häufiger Besuch, auch treffe er wieder vermehrt Kollegen) und es ist schliesslich angesichts der weiterzuführenden, aber zeitlich zu intensivierenden und medikamentös anzupassenden psychiatrisch-psychosomatischen Begleitung nicht von einer gescheiterten Behandlung auszugehen (vgl. auch AB 33.1/333).

3.4.3 Die im psychiatrischen Gutachten (vgl. E. 3.1.9 hiavor) vorgenommene ärztliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 80% bzw. einer Einschränkung von 20% kann somit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht übernommen werden. Die remittierte mittelgradige depressive Episode und die chronische Schmerzstörung stellen nach dem Dargelegten keine rechtserheblichen (invalidisierenden) Gesundheitsschäden dar. Somit

fehlt es vorliegend an einer Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen der IV.

3.5 Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. September 2014 (AB 52), mit welcher ein invalidisierender Gesundheitsschaden verneint wurde, ist nach dem Ausgeführten nicht zu beanstanden. Damit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Leistungen der IV. 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 (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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