

200 15 73 IV  
KNB/ZID/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. November 2015**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Dezember 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ersuchte die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) im Juli 2010 unter Hinweis auf eine schmerzhafte Entzündung aufgrund chronischer Überbelastung der Sehnen im Ellbogen und Handgelenksbereich um Kostengutsprache für ein Stehpult (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Innerhalb der Frühinterventionsphase übernahm die IVB die entsprechenden Mehrkosten (AB 5, 14). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 6 ff.) stellte die IVB mit Schreiben vom 8. November 2010 fest, dass der Versicherte angemessen und rentenaus-schliessend eingegliedert sei; entsprechend wies sie das Leistungsbegehren ab (AB 14).

### **B.**

Im November 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit einem Unfall vom 18. Dezember 2010 (Ausrutschen auf Eis mit kurzer Ohnmacht) bestehende Nacken- und Kopfschmerzen sowie Panikattacken zum Leistungsbezug an (AB 15, 20/2 Ziff. 5). Anlässlich des Erstgesprächs wies er auf Ängste hin, die von mehreren Überfällen in den Jahren 1979/80 und 2005 herrührten (AB 27/2). Nach Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art (AB 31, 35 ff.) und nach Einholung der Akten der Unfallversicherung (AB 49) liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 43 ff.) hin polydisziplinär begutachten (interdisziplinäres Gutachten der MEDAS B.\_\_\_\_\_ vom September/Oktober 2014; AB 62). Mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2014 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 64). Auf Einwand (AB 70, 72) und eine Stellungnahme des RAD vom 1. Dezember 2014 (AB 74) hin verfügte sie am 10. Dezember 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 75).

**C.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 26. Januar 2015 Beschwerde. Er beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass er seit seiner Kindheit und Jugend Probleme mit anderen Menschen, Lehrern und Vorgesetzten habe, was er früher teilweise noch habe überspielen können. Die meisten Arbeitsstellen habe er nur wenige Jahre halten können, sei phasenweise arbeitslos gewesen und habe als Reaktion darauf auch versucht, als ... ein Einkommen zu generieren. Er habe grosse Mühe, auf Menschen zuzugehen, was aber für alle in Frage kommenden Stellen ein zentrales Kriterium sei. Es sei schon mehrmals überfallen worden und leide seither unter grossen Ängsten.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 Invalidenversi-

cherung 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** Angefochten ist die Verfügung vom 10. Dezember 2014 (AB 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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).

Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar

invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

## **2.6**

**2.6.1** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

**2.6.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.6.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten mate-

riellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob sie zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder andere Dauerleistungen gilt es somit zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2010 (AB 14) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2014 (AB 75) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** Die Ablehnung vom 8. November 2010 (AB 14) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 3. November 2010 (AB 13). Demzufolge stellte sich der Beschwerdeführer am 30. Juni 2010 Dr. med. C. \_\_\_\_\_ wegen seit November 2009 bestehenden, zunehmenden Schmerzen vor allem bei Belastung (Arbeiten mit ...) im rechten Ellbogen und Handgelenksbereich vor. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte eine Tendinitis Ellbogen und Handgelenk rechts seit November 2009 und einen Status nach Commotio cerebri seit Oktober 2005, beides ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Entsprechend sei denn auch keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Er empfahl eine ergonomische An-

passung am Arbeitsplatz und lokale Analgetika. Bei Beachtung dessen sei die Prognose gut. Anderweitige Beschwerden seien keine bekannt.

**3.3** Hinsichtlich der seitherigen Entwicklung des Gesundheitszustandes lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Dezember 2010 berichtete der Beschwerdeführer im Spital D. \_\_\_\_\_, dass er beim Schlittschuhlaufen einfach ausgerutscht sei und den Hinterkopf auf dem Eis angeschlagen habe. Ausser einer leichten Schwellung und Schürfung occipital und leichtem Schwindel bei der Untersuchung der Augenmotorik war der Beschwerdeführer unauffällig und er lehnte eine längere Überwachung ab. Es konnten keine klinischen Hinweise für Hirnnervenverletzungen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Druckdolenz über der ganzen Wirbelsäule und keine weiteren äusseren Verletzungen festgestellt werden (AB 35/12).

Wegen anhaltenden Kopf- und Rückenschmerzen intrascapular erfolgte am 25. Dezember 2010 eine Nachkontrolle. Dabei konnten keine neurologischen Ausfälle, wohl aber leichte Druckdolenz über der unteren HWS und oberen BWS mit Ausstrahlung bis zur linken Schulter festgestellt werden (AB 35/13).

**3.3.2** Im Rahmen neurologischer Konsiliaruntersuchungen diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, in den Berichten vom 7. Februar 2011 (AB 35/10 f.) und 19. Januar 2012 (AB 35/8 f.) einen Status nach Comotio cerebri mit/bei zunächst vor allem postcommotionellen Beschwerden, einem unauffälligen EEG (anfangs 2011), einem unauffälligen Schädel-MRI und neuerdings blitzartigen Kopfschmerzen meist rechts parieto-occipital.

**3.3.3** Wegen chronischen therapieresistenten fronto-parietalen Kopfschmerzen meist rechts wurde im Spital F. \_\_\_\_\_ anlässlich einer Untersuchung vom 8. Juni 2012 (entsprechender Bericht vom 12. Juni 2012; AB 35/6 f.) eine ausgeprägte Druckdolenz über der Fazettenregion der rechtsseitigen HWS im oberen und mittleren Drittel festgestellt. Eine deshalb ins Auge gefasste diagnostische Fazettengelenksinfiltration wurde im Sommer 2012 durchgeführt (vgl. AB 62.4 oben).

**3.3.4** Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Bericht vom 6. Januar 2014 (AB 24) aus, dass sich als Folge des Unfalls vom Dezember 2010 eine chronische Schmerzsymptomatik im Nackenbereich eingestellt habe. Als sich der Beschwerdeführer im Dezember 2012 zur Wiederaufnahme der Behandlung gemeldet habe, hätten eine deutliche depressive und eine ausgeprägte Angstsymptomatik, die ihn in seinem Alltag zunehmend deutlich eingeschränkt hätten, bestanden. Neben der Schmerzsymptomatik dürften auch seine erfolglosen Bemühungen um eine neue Arbeitsstelle (Beendigung des bisherigen Arbeitsverhältnisses per 31. Mai 2012 mit Freistellung ab 10. Juli 2011 bzw. Outplacement; vgl. AB 36 f.) mit zur depressiven Symptomatik beigetragen haben.

Im IV-Arztbericht vom 13. März 2014 (AB 42) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Mischbild narzisstischer und schizoider Persönlichkeit, multiple Traumatisierungen und ein Mischbild von depressiven Episoden/Angstzuständen bis hin zu Panikanfällen. Der Beschwerdeführer habe im Dezember 2010 ein Schädel-Hirn-Trauma mit seither persistierenden Kopfschmerzen erlitten. Deshalb habe er kaum mehr richtig erholsamen Schlaf gefunden und sei zunehmend erschöpft gewesen. Das habe die bereits bei früheren Behandlungssequenzen festgestellte Angst- und schlussendlich Depressionssymptomatik gefördert. Er habe sich immer mehr zurückgezogen. Körperlich bestünden allenfalls Einschränkungen wegen der beschriebenen Schmerzsymptomatik. Psychisch bestünden deutliche Einschränkungen von Seiten des depressiv eingeschränkten Antriebes, der schnellen Erschöpfbarkeit, der starken, auch angstbedingten Rückzugstendenz, dann aber zunehmend auch aufgrund der Persönlichkeitsstörung. Das dürfte eine aktive Erwerbstätigkeit aktuell ausschliessen.

**3.3.5** Im rheumatologischen Teilgutachten vom 15. September 2014 (AB 62.4) konnten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es bestünden zwar eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius), ein Status nach Kontusion des Kopfes und Distorsion der

HWS am 18. Dezember 2010, ein Status nach posttraumatischer Lumbago bei Rückenkontusion am 18. Dezember 2010 sowie Genua vara, welche sich aber allesamt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die früher bestehenden Beschwerden im Bereich der Lenden- und der Brustwirbelsäule hätten sich wieder vollständig zurückgebildet. Geblieben seien chronische Nackenschmerzen. Weder bildgebend noch in der klinischen Untersuchung fänden sich Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Der Beschwerdeführer sei nicht nur in seiner zuletzt ausgeübten, sondern in jeglicher Tätigkeit, die nicht ständige Überkopfarbeiten beinhalte, uneingeschränkt arbeitsfähig.

**3.3.6** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im neurologischen Teilgutachten vom 29. September 2014 (AB 62.3) einerseits mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz bei Status nach Commotio cerebri vom 18. Dezember 2010 und mit Verdacht auf Interferenz mit nicht somatischen Faktoren und andererseits ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch einen Status nach Commotio cerebri vom Oktober 2005. Es bestehe ein chronisches therapieresistentes posttraumatisches Kopfschmerzsyndrom, aufgetreten im Anschluss an ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma vom 18. Dezember 2010. Initial sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. bis 21. Dezember 2010 attestiert worden. Es sei einzuräumen, dass chronische posttraumatische Kopfschmerzen in manchen Fällen zu einer arbeitsrelevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könnten; im vorliegenden Fall seien aber zusätzlich anderweitig interferierende (psychische) Faktoren wirksam. Aufgrund des eher diffusen, wenig spezifischen Schmerzbildes, des absolut therapierefraktären Verlaufs und ausbleibenden weiteren somatischen Behandlungsversuchen müsse davon ausgegangen werden, dass die Interferenz mit den psychischen Krankheitsfaktoren nicht unwesentlich zur Chronifizierung beitrage. Aus neurologischer Sicht sei aufgrund der chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen eine partielle Leistungseinschränkung im Bereich von 25% einzuräumen. Eine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit könne nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden; sie müsste gegebenenfalls psychiatrisch begründet werden.

**3.3.7** Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (psychiatrisches Teilgutachten vom 25. September 2014; AB 62.2) gab der Beschwerdeführer an, im Prinzip aus verschiedenen Gründen eine Rente zu erwarten. Trotz intensiven Bemühungen finde er keine Stelle. Er sei auch nicht mehr richtig arbeitsfähig. Seit dem Unfall im Dezember 2010 leide er täglich unter starken Kopf- und Nackenschmerzen, weshalb er sich in ein dunkles Zimmer zurückziehen müsse. Ein Problem sei wohl auch, dass er sozial nicht sonderlich verträglich sei (Rückzug vor allem im privaten Bereich, teilweise verbal aggressive Reaktionen, situationsbedingte Ängste). Er könne sich die psychiatrischen Behandlungen aber nicht mehr leisten.

Der Gutachter diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61). Es falle auf, dass der Beschwerdeführer schon in der Jugend teilweise Schwierigkeiten gehabt habe, vor allem auch im zwischenmenschlichen Bereich, und dass er an einer Vielzahl von Stellen tätig gewesen sei, teilweise auch kurzzeitig arbeitslos und als .... Er scheine sich eher einzelgängerisch zu verhalten und keine Kontakte zu pflegen, er gehe aber eigenen Interessen nach und kümmere sich um seinen Sohn, den er regelmässig sehe. Mit Blick auf die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 13. März 2014 (vgl. E. 3.3.4 zweiter Abschnitt hiervor) könne mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsproblematik bestätigt werden, denn es zeige sich eine auffällige Persönlichkeitsstruktur, die bis in seine Jugend zurückreiche und sich in Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich zu manifestieren scheine. Es zeigten sich Anhaltspunkte für ein eigenbrötlerisches Verhalten, wobei eindeutige Hinweise auf eine narzisstische Problematik nicht gefunden werden könnten, insbesondere könne aktuell keine erhöhte Verletzbarkeit oder übermässiges Grössengefühl vorgefunden werden. Er wirke allerdings emotional distanziert und in der Affektivität etwas flach, er scheine auch wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen zu haben und wirke in der Gegenübertragung eher wenig warm bzw. emotional, was auf eine gewisse schizoide Struktur hinweise. Es dürften auch neurotische Faktoren eine Rolle spielen. Es könne daher allenfalls eine mögliche gemischte Persönlichkeitsstörung angenommen werden, wobei eine wie von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ angegebene narzisstische Problematik nicht eindeutig er-

kennbar sei. Differentialdiagnostisch könne eine akzentuierte Persönlichkeit in Betracht gezogen werden. Eindeutige Hinweise auf eine depressive Störung oder Angststörung liessen sich nicht finden. Es beständen zwar Ängste in spezifischen Situationen, die mit Blick auf die verschiedenen Überfälle durchaus nachvollziehbar erschienen. Im Alltag sei er allerdings durch diese Ängste nicht wesentlich beeinträchtigt. Es sei denkbar, dass er zeitweise im Rahmen von belastenden Umständen mit affektiven Schwankungen und einer Verstärkung von Ängsten reagiere, die aber gemäss seinen Beschreibungen nicht dauerhaft vorhanden seien. Demnach dürfte vor allem die Persönlichkeitsproblematik bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant sein. Hierbei gelte es zu beachten, dass er jahrelang in der Lage gewesen sei, verschiedenste Tätigkeiten auch in leitender Funktion auszuüben. Subjektiv fühle er sich nicht aufgrund der psychischen Situation beeinträchtigt, sondern aufgrund der Kopfschmerz-Symptomatik. Es zeigten sich keine Hinweise, die auf eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Zustandes hindeuteten, auch könne keine Dekompensation der allfälligen Persönlichkeitsproblematik gefunden werden. Er führe auch keine therapeutischen Massnahmen mehr durch, weswegen der subjektive Leidensdruck bezüglich einer allfälligen psychischen Problematik stark relativiert werden müsse. Aus diesen Gründen lasse sich die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen. Die Kriterien reichten aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht aus, um aufgrund des psychischen Zustandes eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen zu können.

**3.3.8** Gesamtmedizinisch attestierten die involvierten Gutachter einzig aus neurologischer Sicht aufgrund der chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen eine partielle Leistungseinschränkung von 25% seit 22. Dezember 2010, während die psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen keine relevanten Befunde ergaben; aufgrund letzterem seien aber ständige Überkopfarbeiten zu vermeiden (AB 62.1/40 f.).

**3.3.9** Mit Schreiben vom 26. November 2014 (AB 72/2 ff.) nahm Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zum psychiatrischen Teilgutachten (vgl. E. 3.3.7 hiavor) Stellung. Eine narzisstische Problematik sei sehr wohl vorhanden, stehe aber nicht im Vordergrund. Sodann würden im Gutachten verschiedene Merk-

male einer schizoiden Persönlichkeitsstörung aufgeführt (keine Pflege sozialer Kontakte, Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Beziehungen, keine Kontakte zum persönlichen Umfeld, keine gelebten Beziehungen, eingeschränktes bis fehlendes Interesse an sexuellen Aktivitäten, misstrauisch ausweichendes Verhalten, affektive Distanziertheit, soziale Zurückgezogenheit, eigenbrötlerisches Verhalten, häufige Stellenwechsel, Aktivitäten im Ausland). Im Verlaufe der Jahre sei es wiederholt zu fachpsychiatrischen Kontakten gekommen, meist bei Einstellung einer eindrücklichen depressiven Symptomatik begleitet von Angstsymptomen. Dabei habe es sich um Komorbiditäten in Zusammenhang mit der schizoiden Persönlichkeitsstörung gehandelt. Es sei geradezu typisch für die bestehende Persönlichkeitsstörung, dass ausser in absoluten Notfallsituationen der Kontakt zum Therapeuten nicht gesucht werde. Der Leidensdruck bestehe aber sehr wohl weiter und würde den Beschwerdeführer unter anderem daran hindern, an einem gewöhnlichen Arbeitsplatz zu bestehen. Es sei sehr wohl bekannt, dass schizoide Persönlichkeiten grosse berufliche Leistungen erbringen könnten, wenn gewisse Arbeitsbedingungen erfüllt seien; dies sei häufig in Nischenarbeitsplätzen der Fall. Dass diese Bedingungen vorliegend nicht gegeben gewesen seien, sei mit ein Grund für die häufigen Stellenwechsel und die aktuell schwierige Stellensuche. Seines Erachtens sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund des bestehenden psychiatrischen Krankheitsbildes massiv eingeschränkt und habe sich nach langem erfolglosem Engagement bei der Stellensuche zusätzlich reduziert.

**3.4** 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).

**3.4.1** 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 Beweismündigung 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismündigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.4.2** 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).

**3.4.3** 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 Versiche-

rungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

### **3.5**

**3.5.1** Das MEDAS-Gutachten (AB 62) erfüllt hinsichtlich der gestellten Diagnosen die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervoor), weshalb ihm diesbezüglich volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.4.1 hiervoor). Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Namentlich das psychiatrische Teilgutachten setzt sich eingehend mit den vom Beschwerdeführer in der Beschwerde, S. 1, geltend gemachten Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich sowie Angstzuständen auseinander. So werden im Gutachten einerseits die zurückgezogene Lebensweise und die häufigen Stellenwechsel thematisiert, andererseits aber auch auf die innegehabten Stellen mit teilweise gar leitender Funktion hingewiesen (vgl. E. 3.3.7 hiervoor). Mit Blick auf die Ausführungen des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 1) und die Akten (AB 7) zeigt sich, dass sich die häufigen Stellenwechsel vor allem in der Zeit von Sommer 1996 bis Sommer 2003 ereigneten; danach war der Beschwerdeführer bis zur Freistellung im Juli 2011 bzw. Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses im Mai 2012 (AB 36) ununterbrochen für dieselbe Arbeitgeberin tätig, dies trotz angeblich von Anfang an bestehender Kommunikationsprobleme mit Vorgesetzten. In Kenntnis all dessen erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht als voll arbeitsfähig (vgl. E. 3.3.7 hiervoor).

**3.5.2** Soweit der Beschwerdeführer die gutachterliche Beurteilung anhand eines Berichts seines behandelnden Psychiaters vom 26. November 2014, worin aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes von einer massiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird (vgl. 3.3.9 hiervoor), in Zweifel zieht, kann dem nicht gefolgt werden. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vermag keine neuen Aspekte zu benennen, die den Gutachtern nicht schon bekannt gewesen wären (vgl. E. 3.4.2 hiervoor) und bei dessen anderslautenden Einschätzung ist schliesslich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte und schmerztherapeutisch tätige

Ärzte eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.4.3 hiavor). Nicht nachvollziehbar ist weiter, dass trotz der seit Kindheit bestehenden und nunmehr als erheblich bezeichneten Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich und der häufigen Stellenwechsel ab Sommer 1996 (vgl. E. 3.5.1 hiavor) psychotherapeutische Behandlungen erst ab Mai 1999 aktenkundig sind (AB 42/2 Ziff. 1.1) und auch dann nur phasenweise erfolgten, so bei der Trennung von der Mutter seines Sohnes, beim Ableben des Vaters und im Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. Dezember 2010 mit der nachfolgenden medizinischen Abklärungssituation (AB 72/3). Die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang erwähnte depressive Symptomatik (vgl. E. 3.3.4 und 3.3.9 hiavor) erscheint damit reaktiv und ist deshalb unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). So diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ schon anlässlich des Ersuchens um Hilfsmittel im Jahr 2010 einzig eine Tendinitis Ellbogen und Handgelenk rechts sowie einen Status nach Commotio cerebri und verneinte anderweitige Beschwerden ausdrücklich (vgl. AB 3.2 hiavor). Auch nach Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses (Sommer 2012) erachtete sich der Beschwerdeführer selbst zu 100% vermittlungsfähig (AB 33/2 Ziff. 8) und im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gab er an, sich vorwiegend aufgrund einer unberechenbaren Kopfschmerz-Symptomatik eingeschränkt arbeitsfähig zu fühlen (AB 62.2/7 unten). Die erst später verstärkt geltend gemachten psychischen Beschwerden erscheinen deshalb IV-rechtlich irrelevant. Dazu passt, dass beim Beschwerdeführer Hinweise auf eine Rentenbegehrlichkeit bestehen (er erwarte im Prinzip eine Rente "aus verschiedenen Gründen"; AB 62.2/1).

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation als einleuchtend und es enthält begründete Schlussfolgerungen; daran vermag nach dem Gesagten die anderweitige Einschätzung des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Aufgrund dieser inhaltlichen Vollständigkeit und Schlüssigkeit spricht auch die beanstandete einmalige Untersuchung durch den psychiatrischen Gutachter (Beschwerde, S. 2) nicht gegen die Beweiskraft der Expertise, konnte dieser doch den Beschwerdeführer aufgrund der Vorakten gezielt untersuchen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C\_942/2009, E. 5.2). Das MEDAS-Gutachten überzeugt

hinsichtlich der Diagnosen (vgl. E. 3.3.5 ff. hiervor) und der aus rein psychiatrischer Sicht – und damit insbesondere auch aufgrund des Verdachts auf eine gemischte Persönlichkeitsstörung – verneinten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.7 hiervor).

**3.5.3** Die im MEDAS-Gutachten (AB 62) attestierte 25%ige Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht aufgrund posttraumatischer Kopfschmerzen bei Status nach Commotio cerebri vom 18. Dezember 2010 mit Verdacht auf Interferenz mit nicht somatischen Faktoren (vgl. E. 3.3.6 und 3.3.8 hiervor) überzeugt allerdings nicht restlos, was vorliegend allerdings letztlich offen bleiben kann (vgl. nachfolgend). Gemäss Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Sache des begutachtenden Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für jede juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; vgl. auch E. 2.5 hiervor). Folglich ist im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. E. 2.2. hiervor).

Der neurologische Gutachter vermag seine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nur bedingt bzw. kaum mit objektivierbaren Befunden zu erklären, sondern hat hierbei weitgehend auf die subjektiven Ausführungen des Beschwerdeführers abgestellt. Auslöser war denn auch ein bloss "leichtes" Schädel-Hirn-Trauma vom 18. Dezember 2010 mit Verdacht auf Interferenz mit nicht somatischen Faktoren (vgl. E. 3.3.6 hiervor). Die Frage, ob die von den Gutachtern attestierte 25%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der erwähnten nicht somatischen Faktoren bei rein psychiatrisch nicht vorhandener Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.3.7 hiervor) auch von sozialversicherungsrechtlicher Relevanz ist (vgl. E. 2.2 hiervor), braucht allerdings vorliegend in Anbetracht der nachstehenden Überlegungen (vgl. E. 4 nachfolgend) nicht beantwortet zu werden.

**3.5.4** Soweit die kaum objektivierbaren Kopfschmerzen sozialversicherungsrechtlich nicht relevant wären (vgl. E. 3.5.3 hiervor), wäre auch fraglich, ob im relevanten Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) tatsächlich eine Änderung im Zumutbarkeitsprofil eingetreten ist. Letztlich kann vorliegend auch die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, offen gelassen werden. Denn selbst unter der Annahme, dass dem so ist, was (wenn überhaupt) seinerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im attestierten Umfang von höchstens 25% bedingen würde, muss vorliegend der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint werden, was nachfolgend näher zu begründen ist.

#### **4.**

**4.1** 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hin-

reichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2** 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). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**4.3** Angaben der letzten Arbeitgeberin zufolge belief sich der Jahreslohn des Beschwerdeführers im Jahr 2012 auf Fr. 110'658.-- (AB 36/2 Ziff. 2.10). Da die Beschwerdeführerin zunächst davon ausging, der Beschwerdeführer habe seine letzte Tätigkeit aus invaliditätsfremden Gründen

verloren (AB 75), bestimmte sie das Valideneinkommen aufgrund statistischer Zahlen der LSE (vgl. E. 4.1 hiervor): Gemäss LSE 2010, Tabelle TA7, Ziffer ... (...), Anforderungsniveau 2 (Verrichtung selbstständiger und qualifizierter Arbeiten), Männer, Meridian, ging sie von einem Jahreseinkommen von Fr. 102'852.-- (12 x Fr. 8'571.--) aus (vgl. AB 75/2). Arbeitszeitbereinigt (Fr. 102'852.-- / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Sektor III im Jahr 2012] = Fr. 107'223.20) und indexiert auf das Jahr 2012 (Fr. 107'223.20 / 100 x 101.8 [BFS, T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Sektor 3 Dienstleistungen, Index 2010: 100 Punkte, Index 2012: 101.8 Punkte) beträgt das lohnstatistische Jahreseinkommen bei einem vollen Pensum somit Fr. 109'153.25. Damit bewegt sich das gestützt auf die LSE berechnete Valideneinkommen (Fr. 109'153.25) im ähnlichen Rahmen wie der im selben Jahr (2012) tatsächlich erzielte Lohn (Fr. 110'658.--).

**4.4** Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund desselben Tabellenlohns zu bestimmen (vgl. E. 4.3 hiervor). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.2 zweiter Abschnitt hiervor) verzichtet (AB 75), denn hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5), während der behinderungsbedingten Einschränkung (vgl. aber E. 3.5.3 hiervor) mit der reduzierten Arbeitsleistung von 25% (vgl. E. 3.5.3 hiervor) genügend Rechnung getragen ist. Somit ergibt sich vorliegend bei Annahme einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.3.8 hiervor) ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) von maximal 25%. Eine Indexierung ist nicht erforderlich, da eine solche beim Valideneinkommen wie dem Invalideneinkommen vorzunehmen wäre und dadurch am Ergebnis nicht änderte.

**4.5** Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers auf das höhere effektive (Validen-)Einkommen von Fr. 110'658.-- (AB 36/2 Ziff. 2.10) abgestellt und dieses dem Invalideneinkommen unter Berücksichtigung einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% im Betrag von Fr. 81'864.95 (Fr. 109'153.25 x 0.75) gegenüber gestellt würde, würde noch immer ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von (gerundet) 26% resultieren. Auch hier wird den medizinischen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit Rechnung getragen, weshalb ein eigentlicher behinderungsbedingter Abzug nicht vorzunehmen ist (Entscheid BGer vom 5. Juli 2011, 8C\_261/2011, E. 7.3); auch andere invaliditätsfremde Gründe sind zu verneinen (vgl. E. 4.2 hiervor).

**4.6** Da selbst im für den Beschwerdeführer besten Fall (vgl. E. 4.5 hiervor) keine invaliditätsbegründende Erwerbseinbusse resultiert, ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.-- zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.