

200 15 825 IV
KNB/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. April 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Dr. med. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. August 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. Februar 2014 mit Hinweis auf ein zu einer Arbeitsunfähigkeit führendes, krankheitsbedingtes Leiden bei der IV Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilag [AB] 1). Daraufhin tätigte diese berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie den Versicherten durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Neurologie FMH, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchen. Gestützt auf deren bidisziplinäres Gutachten vom 11. Juni 2015 (AB 36.1) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Juni 2015 (AB 38) bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Ablehnung des Leistungsbezugs in Aussicht, wogegen sein behandelnder Arzt, Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, am 4. Juli 2015 (AB 39) Einwände erhob. Nach Einholung einer Stellungnahme bei Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 6. August 2015 (AB 44), entschied die IVB mit Verfügung vom 18. August 2015 (AB 46) wie im Vorbescheid angekündigt.

B.

Mit Eingabe vom 14. September 2015 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde und forderte sinngemäss die Zusprechung einer Invalidenrente. Am 26. September 2015 liess er, nun vertreten durch Dr. med. B._____, eine Beschwerdeergänzung einreichen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Weitere Eingaben liess der Beschwerdeführer dem Gericht am 11. November 2015 und 26. Januar 2016 zukommen.

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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 18. August 2015 (AB 46). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). Er-

werbsunfähigkeit 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 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.

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

2.4 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 ha-

ben. 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 Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Gemäss dem Bericht des Spitals F. _____ vom 11. Oktober 2013 (AB 17/7) sei eine spontane Dissektion der Arteria carotis interna rechts intrakraniell mit initial hochgradiger Stenose, ohne relevante Perfusionsasymmetrie ursächlich für die akut aufgetretenen Symptome mit Hornersyndrom rechts und ipsilateralen starken Kopfschmerzen. An vasculären Risikofaktoren bestehe eine arterielle Hypertonie; laborchemisch seien eine Leukozytose, eine Polyglobulie sowie eine Thrombozytose, bei vorbekannter Polycythaemia vera aufgefallen. Die Verlaufsbildgebung habe einen kurzzeitigen Verschluss der Arteria carotis interna rechts dargestellt. Unter den durchgeführten therapeutischen Massnahmen habe sich eine Verbesserung des Blutbildes gezeigt. In der Monitorüberwachung sei im weiteren Verlauf bis auf intermittierende nächtliche Sauerstoffentsättigungen keine relevante Pathologie aufgefallen. Hinweise auf eine kardiale Emboliequelle hätten sich keine gefunden. Während der Hospitalisation vom 23. September bis 3. Oktober 2013 sei während weniger Minuten eine Episode mit linksseitigen Thoraxschmerzen aufgetreten. Die Herzenzyme seien wiederholt negativ geblieben. Im EKG sei eine T-Abflachung aufgefallen, die gemäss Kardiologie am ehesten hypertensiv bedingt sein könnte. Hinweise auf ein akutes Koronarsyndrom sowie die Indikation für eine zeitnahe Koronarangiographie hätten sich nicht ergeben. Bei Austritt am 3. Oktober 2013 habe ein inzwischen rückläufiges Hornersyndrom rechts bestanden (S. 7 f.).

Laut Bericht des Spitals F. _____ vom 17. Januar 2014 (AB 21/2) bestanden beim Beschwerdeführer eine verminderte Sensibilität der gesamten Körperhälfte, ein Horner-Syndrom rechts mit verschmälelter Lidspalte sowie eine Anisokorie mit Myosis, ohne Auswirkung auf die Arbeitstätigkeit. Die bisherige Arbeitstätigkeit sei ihm in reduziertem Umfang weiterhin zumutbar (S. 3 Ziff. 1.7).

3.1.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. B. _____ diagnostizierte im Bericht vom 2. April 2014 (AB 17/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Polycythaemia vera, eine chronisch-venöse Insuffizienz (CVI) mit synkopalem Bewusstseinsverlust sowie eine Sehstörung bei Verschluss der Arteria carotis interna. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine arterielle Hypertonie (S. 2 Ziff. 1.1). Es bestünden ein Leistungsabfall, eine Müdigkeit, Depression, Kopfweh sowie Gliederschmerzen (S.4 Ziff. 1.7). Unter Litalir und Aderlässen sei der Gesundheitszustand stabil (S. 3 Ziff. 1.4). Vom 22. September bis 24. Oktober 2013 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit dem 28. Oktober 2013 und bis auf weiteres bestehe eine solche von 50% (Ziff. 1.6).

Im Verlaufsbericht vom 20. August 2014 (AB 22) beschrieb Dr. med. B. _____ den Gesundheitszustand als stationär (S. 1 Ziff. 1). Seit dem 28. Oktober 2013 sei der Beschwerdeführer als ... ausserhalb der Spitzenbelastungszeiten zu 50% arbeitsfähig (Ziff. 5 i.V.m. S. 3 Ziff. 2). Eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit mit beruflichen Massnahmen sei nicht möglich (Ziff. 4).

Am 2. Dezember 2014 (AB 26) führte Dr. med. B. _____ aus, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei durch die Polycythaemie, den Status nach Hirn-schlag sowie die Hypertonie begründet.

3.1.3 Gemäss dem Bericht von RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 16. Februar 2015 (AB 28) sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Polycythaemia vera nicht überwiegend wahrscheinlich. Diese Erkrankung bestehe seit vielen Jahren und habe die Erwerbsfähigkeit nicht dauerhaft beeinträchtigt. Dies sei auch nicht zu erwarten, solange die Krankheit unter Medikation und Aderlässen kompensiert sei. Die transiente ischämische Attacke (TIA) sei ein vorüber-

gehender Zustand gewesen. Dieser sei eingetreten, nachdem versuchsweise das die Blutgerinnung hemmende Medikament ausgelassen worden sei, weswegen es vermutlich zu kleinen Thromboemboli ins Gehirn gekommen sei. Eine TIA hinterlasse in der Regel keine bleibenden Einschränkungen. Die arterielle Hypertonie sei medikamentös behandelbar und stelle per se keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Sekundäre hypertensiv bedingte Organschäden von Relevanz seien nicht ausgewiesen. Das EKG habe im September 2013 normale Herzbefunde ergeben, insbesondere auch eine normale Herzfunktion. Eine Dissektion der Arteria carotis interna könne am Gehirn zwar einen relevanten Dauerschaden hinterlassen, vorliegend sei indes nicht ausgewiesen, dass dies der Fall wäre. Im Januar 2014 hätten neurologisch noch eine verminderte Sensibilität der gesamten rechten Körperhälfte, ein Horner-Syndrom rechts mit verschmälerner Lidspalte und eine Anisokorie mit Miosis bestanden. Solche Veränderungen würden in der Regel keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken und könnten sich im Verlauf noch bessern (S. 4).

3.1.4 Dr. med. C. _____ hielt im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 11. Juni 2015 (AB 36.1) fest, beim Beschwerdeführer bestehe aus neurologischer Sicht ein Zustand nach cerebrovaskulärem Ereignis am 22. September 2013 bei Dissektion der Arteria carotis interna und vorübergehendem Verschluss derselben mit initial Sehstörung des rechten Auges und Horner-Syndrom sowie Hemihypästhesie und innert weniger Tage rascher Besserung. Eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bei vermehrter Ermüdbarkeit sei nachvollziehbar. Diese sei aber maximal auf 30% in der angestammten Tätigkeit als ... einzuschätzen. In einer anderen Tätigkeit, welche körperlich nicht so belastend sei und nicht die Notwendigkeit mitbeinhalte, häufig erhebliche Gewichte zu bewältigen, wäre von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen. Der Beginn der 70%-igen bzw. 80%-igen Arbeitsfähigkeit sei auf den 1. Juni 2014 anzusetzen, vorher gelte die vom Hausarzt attestierte Beeinträchtigung von 50% (S. 8 Ziff. 6).

Dr. med. D. _____ stellte keine psychiatrische Diagnose (S. 11 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht gesund (S. 12 Ziff. 6) und voll arbeitsfähig (Ziff. 7).

3.1.5 Dr. med. B._____ führte im Schreiben vom 4. Juli 2015 (AB 39) aus, der Beschwerdeführer leide an einer high risk Polycythaemia vera und einem Status nach akutem Carotis interna Verschluss mit Synkope und invalidisierendem Kopfweg. Kurz nach Absetzen des Blutverdünnungsmedikaments sei es im Mai 2014 zu einem erneuten TIA mit starkem Kopfweg flush und Hornersyndrom rechts als Ausdruck einer Hirnstammischämie gekommen. Seither sei er wieder unter Medikamenten und zu 50% arbeitsunfähig geschrieben. Ziel sei es, dass er während der weitaus weniger stressbelasteten Abendschicht arbeite und dank Unterstützung durch eine Teilrente seine Stelle behalten könne. Eine Mehrbelastung im 70%-Pensum sei nicht zumutbar und bringe ein beträchtliches Zusatzrisiko für ihn. Dabei handle es sich um ein „stroke Risiko“.

3.1.6 Gemäss dem internen Zuweisungsschreiben von Dr. med. G._____ an Dr. med. E._____ vom 5. August 2015 (AB 43) könne eine quantitative Leistungseinschränkung bei völlig normalen objektiven neurologischen und psychiatrischen Befunden und abgeheilter Dissektion der Arteria carotis nicht angenommen werden (S. 1). Eine qualitative Leistungseinschränkung könne für ständig körperlich schwere Tätigkeiten angenommen werden, d.h. dass der Beschwerdeführer aufgrund der durchgemachten Arterien-dissektion und der arteriellen Hypertonie nicht ständig schwere (> 25 kg) Lasten ohne mechanische Hilfsmittel heben und tragen sollte. Auch sollte er keine Arbeiten ausführen, die häufig eine externe Streckung oder Rotation der Halswirbelsäule erforderten. Das Ausmass der Leistungseinschränkung hänge vom Anforderungsprofil am Arbeitsplatz ab, wobei anzunehmen sei, dass die angestammte Tätigkeit als ... nur gelegentlich das Heben und Tragen von schweren Lasten erfordere bzw. dass für den Lastentransport Hilfsmittel zur Verfügung stünden. Somit dürfte die qualitative Leistungseinschränkung eher gering ausfallen (6-33%, unter Bezug auf die Beschreibung der individuellen Tätigkeit durch den Arbeitgeber vom 13. März 2014 [AB 32]; S. 2).

3.1.7 Gemäss der RAD-Beurteilung von Dr. med. E._____ vom 6. August 2015 (AB 44) bestehe nach spontaner intrakranieller Carotis-Dissektion rechts im September 2013 kein Residualsyndrom. Die distal-beinbetont leichtgradig herabgesetzte Tiefensensibilität auf 6-7/8 beidseits

unklarer Ursache könnte eventuell Hinweis auf einen Vitamin B12- und/oder Folsäure-Mangel sein, habe aber keine negativen Auswirkungen auf Koordination, Gleichgewicht und Zielmotorik, ebenso nicht die subjektiv angegebene Sensibilitätsminderung am rechten Arm und am rechten Bein. Der im psychiatrischen Gutachten (vgl. E. 3.1.4 hiervor) dokumentierte Tagesablauf und das komplexe Aktivitätsniveau würden ebenso wie der unauffällige Psychostatus und das normale EEG gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Fatigue sprechen. Ausschliesslich unter Berücksichtigung des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes sei der Beschwerdeführer noch fähig, Arbeiten leichter und mittlerer körperlicher Arbeitsschwere, ohne Heben und Tragen von dauernd schweren Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, ohne ständige Überkopfarbeiten bzw. ohne extreme Streckung oder Rotationen der Halswirbelsäule, mit den betrieblichen Pausen, vollschichtig, d.h. mit einem Pensum von 100% zu verrichten. In Bezug auf seine zuletzt ausgeübte ...-Tätigkeit könne er somit unter Berücksichtigung der genannten qualitativen Leistungseinschränkungen sämtliche Arbeiten verrichten (S. 3).

3.1.8 Dr. med. H._____, Facharzt für Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 24. September 2015 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) aus, der Beschwerdeführer habe mit der Polycythaemia vera auch heute noch eine höhere Gesamtmortalitätsrate als die Normalbevölkerung. Patienten mit Polycythaemia vera würden am häufigsten an kardiovaskulären Ereignissen, soliden Tumoren und hämatologischer Transformation in aggressivere Erkrankungen sterben (S. 1). Es sei bereits zu einem solchen Ereignis gekommen, das zu einem neurologischen Defektzustand (Halbseitensensibilitätsstörung und intermittierende Sehstörung) geführt und das - ohne aggressive Antikoagulation - erneut zu rheologischen Störungen mit neurologischer Symptomatik geführt habe. Wegen des aktuellen Pseudoaneurysmas und unvermeidbarer Antikagulation bestehe ein erhöhtes Blutungsrisiko (u.a. beim Lastenheben als ...). Er (Dr. med. H._____) unterstütze die Beurteilung von Dr. med. B._____ bezüglich einer Arbeitsunfähigkeit von 50% (S. 2).

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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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). 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 Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2015 (AB 46) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 11. Juni 2015 (AB 36.1). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2. hiervor), weshalb ihm uneingeschränkte Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen, insbesondere und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerdeergänzung S. 2 Ziff. 4.2) auch die Grunderkrankung sowie die medikamentösen Nebenwirkungen. Von einer medizinischen Neubeurteilung (Ziff. 4) kann daher abgesehen werden, zumal hiervon keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Damit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... zu 30% eingeschränkt ist, in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche körperlich nicht so belastend ist und nicht die Notwendigkeit mitbeinhaltet, häufig erhebliche Gewichte zu bewältigen, zu 80%. Daran vermögen die weiteren Unterlagen sowie die Einwendungen des Beschwerdeführers gemäss den nachfolgenden Ausführungen nichts zu ändern.

Bezüglich der Grunderkrankung, d.h. der Polycythaemia vera, ist aufgrund der Akten (vgl. u.a. AB 28/3) erstellt, dass diese im massgebenden Verfügungszeitpunkt unter Medikamenten kompensiert und die Erwerbsfähigkeit nicht dauerhaft eingeschränkt ist bzw. war (AB 43/1). Dies wird denn auch durch den Bericht des Spitals F. _____ vom 17. Januar 2014 (AB 21) bestätigt (S. 2 Ziff. 1.1). Zwar bestehen wegen der Grunderkrankung eine reduzierte Lebenserwartung und erhöhte Risiken, doch schränkt dies die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten leichten Tätigkeit nicht so stark ein, wie dies von Dr. med. B. _____ geltend gemacht wird. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer wegen einer

„schwer einzustellenden“ arteriellen Hypertonie in Behandlung war und ihm sein behandelnder Arzt geraten hat, das Pensum zu reduzieren (vgl. Beschwerdeergänzung S. 1 Ziff. 3), hat nicht zur Folge, dass von der Einschätzung der Gutachter abzuweichen ist. So hat denn bereits im Bericht vom 16. Februar 2015 (AB 28) RAD-Arzt Dr. med. G._____ darauf hingewiesen, dass die arterielle Hypertonie medikamentös behandelbar ist, per se keine invalidisierende Gesundheitsschädigung darstellt, sekundäre hypertensiv bedingte Organschäden von Relevanz nicht ausgewiesen sind und dass das EKG vom September 2013 normale Herzbefunde ergeben hat, insbesondere auch eine normale Herzfunktion (S. 4). So ging selbst Dr. med. B._____ noch im Bericht vom 2. April 2014 (AB 17/2) davon aus, die arterielle Hypertonie hätte keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1). Dass der Hausarzt den Beschwerdeführer vom 12. bis 18. August 2015 wegen eines gastroenteritischen Krankheitsbildes zu 100% hat krankschreiben müssen (Beschwerdeergänzung S. 2 Ziff. 5), ändert an der Beurteilung der Dres. C._____ und D._____ nichts, zumal die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit nur kurz, d.h. nur sieben Tage andauert hat, was sich für die sich hier stellende Problematik als nicht relevant erweist. Die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dres. med. G._____ vom 5. August 2015 (AB 43) und E._____ vom 6. August 2015 (AB 44) verletzen entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerdeergänzung S. 2 Ziff. 4.1 und 6) weder die Sorgfaltspflicht noch ist ein Interessenskonflikt zu erblicken. Die RAD-Ärzte haben aufgrund sämtlicher Akten eine Beurteilung des von den Dres. med. D._____ und C._____ postulierten Zumutbarkeitsprofils vorgenommen. Einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers bedurfte es hierfür nicht, nachdem es lediglich um eine Würdigung eines bereits erstellten medizinischen Sachverhalts ging. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 18. August 2015 insoweit von den RAD-Beurteilungen abwich, als sie die im bidisziplinären Gutachten aufgrund der Ermüdbarkeit und geringen Belastbarkeit angegebene Leistungsminderung von 20% bei der Berechnung des Invaliditätsgrades berücksichtigte und nicht auf die gegenteilige Einschätzung der RAD-Ärzte abstellte.

Was die in der Stellungnahme vom 11. November 2015 (in den Gerichtsakten) erwähnte erneute Progredienz der Grunderkrankung bzw. das in der

Eingabe vom 26. Januar 2016 (in den Gerichtsakten) erwähnte Stressulcus mit schwerer Blutungsanämie vom 22. Januar 2016 betrifft, so sind diese Ausführungen im vorliegenden Fall nicht relevant, da die geschilderten „aktuellen“ Gegebenheiten den Sachverhalt nach Erlass der hier angefochtenen Verfügungen vom 18. August 2015 (AB 46) betreffen und vorliegend unberücksichtigt zu bleiben haben, da sich der zeitliche Überprüfungszeitraum des angerufenen Gerichts grundsätzlich nur bis zu den angefochtenen Verfügungen erstreckt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Das gleiche gilt für den Bericht von Dr. med. H. _____ vom 24. September 2015 (BB 3). Den neu eingereichten Arztbericht bzw. eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Prüfung einer Neuanschuldung zu beurteilen haben.

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

4.2 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). 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 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell

nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4; bis und mit LSE 2010) bzw. bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1; ab LSE 2012) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). 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 pflichtgemäßem 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.3 Die IV-Anmeldung datiert vom 17. Februar 2014 (AB 2). Ein Rentenanspruch kann unter Berücksichtigung der Karenzfrist von sechs Monaten (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) frühestens ab August 2014 bestehen. Die Arbeitsunfähigkeit trat am 22. September 2013 (AB 17/3 Ziff. 1.6) ein. Unter Berücksichtigung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG besteht damit frühestens ab September 2014 Anspruch auf eine Rente. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2014 hin vorzunehmen.

4.4 Der Beschwerdeführer erzielte im Jahr 2013 bei seinem 100%-Pensum als ... ein Jahreseinkommen von Fr. 44'200.-- (Fr. 3'400.-- x 13 Monate; AB 11/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung 2014 von 1.1% (vgl. Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011-2014, Ziff. 55/56 [Gastgewerbe und Beherbergung] des BfS) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 44'686.20 (Fr. 44'200.-- + 1.1%). Die bis 2010 im

Nebenerwerb erzielten Einkommen sind dagegen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerdeergänzung S. 1 Ziff. 2) nicht zu berücksichtigen, da sich die gesundheitliche Einschränkung erst ab dem 22. September 2013 und damit Jahre nach den innegehabten Nebentätigkeiten auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte.

4.5 Mit der Begründung, er sei aktuell ohne Anstellung, berechnete die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf die Zahlen der LSE 2012. Aufgrund der Akten ist jedoch ersichtlich, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. Oktober 2013 (AB 10/2 Ziff. 2.10) seine ehemalige Tätigkeit zu 50% ausübt. Die Beschwerdegegnerin führte sodann zu Recht in ihrer Beschwerdeantwort aus, dass es sich bei ihrer Formulierung in der Verfügung um einen Fehler handelt, der jedoch keine Auswirkung auf die Invaliditätsgradberechnung hat. Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht optimal umsetzt, ist das Invalideneinkommen nicht aufgrund des bei der trotz Behinderung beibehaltenen Arbeitsstelle erzielten Lohnes zu berechnen, sondern anhand der Zahlen der LSE 2012. Gestützt auf deren Totalwert im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) könnte er ein monatliches Einkommen von Fr. 5'210.-- erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS), die Nominallohnentwicklung 2013 von 0.8% bzw. 2014 von 0.7% (vgl. Totalwert der Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2014 des BfS) und der gutachterlich bestätigten Einschränkung von 20% in einer leidensbedingten Verweistätigkeit, ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 52'926.70 ($[\text{Fr. } 5'210.-- \times 12 \text{ Monate} / 40 \text{ Stunden} \times 41.7 \text{ Stunden} + 0.8\% + 0.7\%] \times 80\%$). Berücksichtigt man noch den von der Beschwerdegegnerin gewährten Tabellenlohnabzug von 15%, welcher sämtliche in Frage kommenden Reduktionsgründe genügend berücksichtigt, beträgt das massgebende Invalideneinkommen Fr. 44'987.70 ($\text{Fr. } 52'926.70 \times 0.85\%$).

4.6 In der Folge resultiert keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse (Fr. 44'686.20 - Fr. 44'987.70), weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Die Eingaben des Beschwerdeführers vom 11. November 2015 sowie 26. Januar 2016 inkl. Arztbericht vom 24. September 2015 werden an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung einer Neuanmeldung weitergeleitet.

Zu eröffnen (R):

- Dr. med. 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.