

200 17 786 IV  
FUR/SCM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. März 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. August 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1953 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt im November 2004 einen cerebrovaskulären Insult (CVI) und bezog in dessen Folge bei einem Invaliditätsgrad von 67 % seit dem 1. November 2005 eine Dreiviertelsrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV; vgl. Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 6 S. 9 f., 42, 44 f., 82).

Im Rahmen der Anfang 2014 eingeleiteten Revision von Amtes wegen machte der Versicherte eine gesundheitliche Verschlechterung geltend (AB 84), woraufhin die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine Rentenerhöhung mit Verfügung vom 5. August 2014 (AB 90) bei einem Invaliditätsgrad von 62 % ablehnte. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 93) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 14. April 2015 (VGE IV/2014/759 [AB 113]) in dem Sinne gut, als dass die Sache zur weiteren Abklärung hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten sowie zum Erlass einer neuen Verfügung betreffend Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde (VGE IV/2014/759, E. 4 [AB 113 S. 17]). Gestützt auf das in der Folge eingeholte neurologische und psychiatrische Gutachten vom 6. September 2016 (AB 161.1), stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 2. November 2016 (AB 168) bei einem Invaliditätsgrad von 62 % abermals die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht. Nach Prüfung der dagegen erhobenen Einwände (AB 173, 177) samt Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 201) verfügte die IVB am 8. August 2017 (AB 202) wie vorbescheidweise angekündigt.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch seine Schwester B.\_\_\_\_\_, am 11. September 2017 (Postaufgabe) Beschwerde. Sinn- gemäss lässt er die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die

Rentenzusprache auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 73 % beantragen.

Am 26. September 2017 liess der Beschwerdeführer dem Gericht eine weitere Eingabe zukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. November 2017 schliesst die Beschwerdegegerin auf 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.3** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. August 2017 (AB 202). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin eine Rentenerhöhung zu Recht abgewiesen hat.

**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** 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** 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).

**2.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.4.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.4.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invali-

ditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

### **3.**

**3.1** Hier massgebliche Vergleichszeitpunkte für die Überprüfung des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG bilden einerseits die Verhältnisse zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügungen vom 2. und 20. März 2007 (AB 45) und andererseits diejenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 8. August 2017 (AB 202; E. 2.4.2 hiervor). Mit Mitteilung vom 10. Februar 2011 (AB 82) wurde keine umfassende materielle Überprüfung vorgenommen.

**3.2** Das mit der C.\_\_\_\_\_ AG seit November 1974 bestehende Arbeitsverhältnis wurde von dieser mit Schreiben vom 1. Dezember 2008 per Ende Juni 2009 gekündigt, dies unter sofortiger Freistellung des Beschwerdeführers (AB 55, vgl. auch AB 40, 43). Seit dem 1. Juli 2010 ist der Beschwerdeführer bei der D.\_\_\_\_\_ AG als ... angestellt (AB 80, 85, vgl. auch AB 104 S. 3 und 5, 158.1 S. 5, 161.1 S. 6 sowie Beschwerde). Unter diesen Umständen sind im hier massgeblichen Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) bereits in erwerblicher Hinsicht mehrere revisionsrechtlich relevante Veränderungen eingetreten (E. 2.4.1 hiervor), was zur umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs führt (E. 2.4.3 hiervor). Es kann deshalb offen bleiben, ob auch in medizinischer Hinsicht ein Revisionsgrund vorliegen würde.

**3.3** Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Vom 7. Dezember 2004 bis 24. Januar 2005 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_\_. Im Bericht vom 31. März 2005 (AB 6 S. 5 ff.) hielten die Ärzte als Zuweisungsgrund fest, der Eintritt in die Klinik sei zur intensiven Neurorehabilitation bei Status nach CVI mit armbetontem sensomotorischem Hemisyndrom rechts und leichter motorischer Aphasie im Rahmen eines Verschlusses der Arteria carotis interna links erfolgt. Die aktive Extension im Handgelenk sowie

die Feinmotorik hätten sich während des Aufenthalts stark verbessert, der Faustschluss sei problemlos möglich. Die sprachlichen Fähigkeiten hätten sich soweit verbessert, dass die Einschränkungen im Aktivitäts- und Partizipationsbereich sehr klein geworden seien. In der neuropsychologischen Abklärung zeigten sich noch leichte Defizite in den exekutiven Funktionen (Handlungsplanung, Umstellfähigkeit), mittelgradige Defizite im verbalen und nonverbalen Gedächtnisbereich sowie eine Verlangsamung bei komplexeren visuo-konstruktiven Aufgaben.

**3.3.2** Die Ärzte der Klinik E. \_\_\_\_\_ führten im Bericht vom 21. März 2006 (AB 18 S. 1 ff.) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 1. April 2005 auf. Der Gesundheitszustand werde als stationär beurteilt, weitere Verschlechterungen seien möglich und sollten durch entsprechende Unterstützung des Beschwerdeführers und seines Arbeitgebers vorgebeugt werden. Die aktuelle berufliche Situation (50 %-Pensum) stelle einen idealen Kompromiss dar, entspreche jedoch wahrscheinlich bereits einer leichten Überforderung. Eine Re-Definition der Stellenbeschreibung könnte Konflikte am Arbeitsplatz vermeiden.

**3.3.3** Im neuropsychologischen Gutachten vom 29. Juli 2016 (AB 158.1) diagnostizierte lic. phil. F. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, kognitive Einschränkungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, kognitive Belastbarkeit, leichte Hinweise auf Apraxie) bei Status nach CVI Ende 2004 (ICD-10 F06.8; S. 13). Die aktuelle Tätigkeit als ... werde seit 2010 verrichtet, sei auf den Beschwerdeführer zugeschnitten und entspreche somit einer angepassten Tätigkeit mit reduzierter Präsenzzeit. Bei längeren Pausen könne die Leistungsfähigkeit länger aufrechterhalten werden, sie würde dabei aus neuropsychologischer Sicht auf 60 % steigen. Aus rein kognitiver Sicht würden die möglichen Präsenzzeiten insgesamt bei 55 % liegen (S. 12 f.). Die medizinisch-theoretische Notwendigkeit von Pausen sei ab sofort gegeben bzw. retrospektiv schon seit dem Vergleichszeitpunkt indiziert (S. 16).

**3.3.4** Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 6. September 2016 (AB 161.1) führten die Dres. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen auf (S. 10 und 15 f.):

### *Neurologische Diagnosen*

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Zustand nach cerebrovaskulärem Ereignis im November 2004 bei Verschluss der Arteria carotis interna links mit multiplen Infarzierungen im linken Frontallappen mit heute noch:
  - Armbetontem sensomotorischem Hemisyndrom rechts mit insbesondere ausgeprägter Beeinträchtigung der Feinmotorik der rechten (dominanten) Hand;
  - Kognitiven Einschränkungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, kognitive Belastbarkeit, leichte Hinweise auf Apraxie), siehe neuropsychologisches Teilgutachten von lic. phil. F. \_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2016;
  - Fatigue;
  - Leichte Wesensveränderung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Zustand nach Knie-TP im September 2015

### *Psychiatrische Diagnosen*

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Kognitive Einschränkungen (ICD-10 F06.8 nach cerebrovaskulärem Insult 2004)

(Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

In der Konsensbeurteilung (S. 20 f.) kamen die Experten zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht trotz Vorliegens einer organisch bedingten kognitiven Störung – nachdem der Explorand Ende 2004 einen cerebrovaskulären Insult erlitten habe – in der angestammten Tätigkeit ungeachtet der kognitiven Defizite eine volle Arbeitsfähigkeit zuzumuten sei. Dementsprechend sei er denn auch seit Jahren adäquat integriert, woran nichts geändert werden sollte. Indikation für eine Psychotherapie oder eine psychopharmakologische Behandlung bestehe keine. Im Gutachten von lic. phil. F. \_\_\_\_\_ (AB 158.1) werde darauf hingewiesen, dass der Hamilton-Score auf Angst und Depression deute. Aufgrund der erhobenen Klinik und der subjektiven Angaben habe der psychiatrische Gutachter diese Beurteilung nicht bestätigen können, weswegen diagnostisch auch keine affektive Störung erfasst worden sei. Von neurologischer Seite her sei in der angestammten Tätigkeit als ... und ... seit dem cerebrovaskulären Ereignis im Jahr 2004 von einer 100%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. In angepassten Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Feinmotorik der rechten Hand resp. an die Notwendigkeit bimanuell zu arbeiten, sowie unter Berücksichtigung der kognitiven Einschränkungen des Exploranden, wie aber auch der glaubhaft geltend gemachten erheblichen Fatigue, sei bei maximal sechsständiger

Arbeitstätigkeit von einer Leistung von höchstens 50 % (bezogen auf 100 %) auszugehen. Die im Gutachten von lic. phil. F. \_\_\_\_\_ (AB 158.1) beschriebenen Einschränkungen und Beeinträchtigungen könnten auch aus neurologischer und verhaltensneurologischer Sicht vollumfänglich nachvollzogen werden. Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit die neurologische und neuropsychologische Beurteilung massgebend sei.

**3.3.5** Die RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte im Bericht vom 7. August 2017 (AB 201) aus, auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ könne gestützt auf die neuropsychologische Begutachtung von lic. phil. F. \_\_\_\_\_ weiterhin voll und ganz abgestützt werden. Es sei sowohl formal als auch inhaltlich medizinisch korrekt und in sämtlichen Punkten nachvollziehbar, dies gerade auch unter rehabilitativen Gesichtspunkten. Im Rahmen des Zufallsbefunds einer dilatativen Arteriopathie mit Aneurysma der Aorta abdominalis unterhalb des Abgangs der Arteria mesenterica superior auf Höhe der Nierenarterien, infrarenales zweites Bauchaortenaneurysma ohne Beteiligung der Iliakalarterien sei es zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit mit Eintritt in die Klinik zur Operation des Aortenaneurysmas gekommen (vgl. Austrittsbericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 18. April 2017 [AB 197 S. 7 ff.]). Die von der Hausärztin bestätigte Arbeitsunfähigkeit in der seit Jahren angepassten sehr leichten bis leichten Tätigkeit habe während maximal drei Monaten postoperativ bestanden (vgl. AB 199 S. 4). Zudem müsse der Beschwerdeführer schon seit seinem zerebrovaskulären Insult mit armbetontem Hemisyndrom rechts (dominant) 2004 keine mittelschweren, auch keine bimanuellen mittelschweren Tätigkeiten mehr ausüben. Die seit damals bis heute angepasste angestammte Tätigkeit, welche auch aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht als am besten angepasste Tätigkeit definiert worden sei, sei weiterhin wie von den Gutachtern festgehalten zumutbar. Rein medizinisch könne am Zumutbarkeitsprofil der Gutachter und somit dem darauf gestützten Entscheid der IV festgehalten werden.

**3.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** In der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2017 (AB 202) hat sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ vom 6. September 2016 (AB 161.1) gestützt. Die Experten haben sich in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf eigene Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das vor erwähnte Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Einschätzung der Gutachter wurde denn auch von RAD-Ärztin med. pract.

H. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 7. August 2017 (AB 201) bestätigt. In der Folge ist vollumfänglich darauf abzustellen.

Unter Berücksichtigung der erhobenen Beeinträchtigungen durch die ausgeprägte Störung der Feinmotorik im Bereich der rechten Hand, welche nur als Hilfshand bei grobmotorischen Tätigkeiten genutzt werden kann, der Störung der Gehfähigkeit, der deutlich vermehrten Ermüdbarkeit, der beklagten Gedächtnisstörung sowie der Konzentrationsstörungen bei Belastung auf Dauer (AB 161.1 S. 7 und 10), führte der neurologische Gutachter überzeugend aus, dass mehr als 15 (richtig: beinahe 12) Jahre nach der Durchblutungsstörung vom November 2004 (vgl. AB 6 S. 9 f.) von einem Residualzustand auszugehen sei (AB 161.1 S. 11). Es ist damit nachvollziehbar und schlüssig, wenn der Neurologe davon ausgeht, dass die angestammte Tätigkeit als ... und ... seit dem Ereignis von 2004 zu 100 % beeinträchtigt ist. Gleichermassen überzeugt die in einer angepassten Tätigkeit mit nur geringen Anforderungen an die Feinmotorik der rechten Hand resp. an die Notwendigkeit, bimanuell zu arbeiten, sowie unter Berücksichtigung der kognitiven Einschränkungen des Beschwerdeführers wie auch der glaubhaft geltend gemachten erheblichen Fatigue, bei maximal sechsstündiger Arbeitstätigkeit attestierte Leistungsfähigkeit von höchstens 50 % (bezogen auf 100 % [AB 161.1 S. 12]). In psychiatrischer Hinsicht legte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ aufgrund der Untersuchungsbefunde, der Angaben des Beschwerdeführers und der Aktenlage überzeugend dar, dass zwar kognitive Einbussen, die gemäss ICD-10-Kriterien bei Status nach cerebrovasculärem Insult 2004 im Sinne von kognitiven Störungen, ICD-10 F06.08, diagnostisch erfasst werden müssen, bestünden (AB 161.1 S. 16), diese jedoch weder in der angestammten noch in einer sonstigen Tätigkeit zu einer Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führen (AB 161.1 S. 20). Hinweise für eine anderweitige psychiatrische Einschränkung bestanden (bzw. bestehen) keine, zeigte der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration doch keine affektive Problematik, keine Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Interessenlosigkeit, keine Ängste, keine Panikattacken und es fanden sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsproblematik oder eine psychotische Symptomatik (AB 161.1 S. 16 und 20). Damit vermag auch die Einschätzung, wonach die neurologische und

neuropsychologische Beurteilung für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend ist (AB 161.1 S. 21), ohne weiteres zu überzeugen.

**3.6** Nach dem Dargelegten ist in medizinischer Hinsicht erstellt, dass dem Beschwerdeführer die ursprüngliche Tätigkeit seit dem cerebrovasculären Ereignis im November 2004 auch weiterhin nicht mehr zumutbar ist, er hingegen in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeits- und erwerbsfähig ist. Dass er diese Leistung in einer leicht höheren Präsenz von sechs Stunden täglich erbringt, ändert nichts. Auf dieser Grundlage ist nachstehend der Einkommensvergleich vorzunehmen (E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** 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).

**4.2** 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Ar-

beitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

Praxisgemäss sind an den Nachweis von Soziallohn strenge Anforderungen zu stellen, da vom Grundsatz ausgegangen werden muss, dass ausbezahlte Löhne normalerweise das Äquivalent einer entsprechenden Arbeitsleistung sind (BGE 141 V 351 E. 4.2 S. 353). Bei der richterlichen Würdigung von Arbeitgeberbescheinigungen ist auch zu bedenken, dass ein Arbeitgeber ein eigenes Interesse daran haben kann, die Bezahlung von Soziallohn zu behaupten. Als Indiz für eine freiwillige Sozialleistung fallen insbesondere verwandtschaftliche Beziehungen zwischen dem Arbeitgeber und der versicherten Person oder eine lange Dauer des Arbeitsverhältnisses in Betracht (BGE 117 V 8 E. 2c aa S. 18, 104 V 90 E. 2 S. 93; SVR 2014 BVG Nr. 22 S. 81 E. 2.3.4; RKUV 1996 U 240 S. 95 E. 3c; ZAK 1980 S. 345 E. 2b).

**4.4** Die hier beantragte Erhöhung der Rente erfolgt bei einer Revision von Amtes wegen frühestens von dem für diese vorgesehenen Monat an (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der Rentenrevision abzustellen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1), womit die Zahlen des Jahres 2014 heranzuziehen sind (vgl. AB 84).

**4.5** Es ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer die seit November 1974 bei der C.\_\_\_\_\_ AG ausgeübte Tätigkeit als ... am 1. Dezember 2008 aufgrund der vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen verlor (AB 55); zuvor war das Pensum per 1. Januar 2007 bereits auf 50 % reduziert worden (AB 40). Da der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterhin in der ursprünglichen Funktion als ... tätig wäre, ist von dem dabei im Jahr 2004 vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt erzielten Lohn von Fr. 101'098.55 (AB 5 S. 6) auszugehen. Indexiert auf das Jahr 2014 ergibt dies ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 113'639.90 (Fr. 101'098.55 / 1975 x 2220; vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Tabelle

T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, Männer, 2004 und 2014).

Der Beschwerdeführer hat am 1. Juli 2010 eine neue Tätigkeit als ... aufgenommen (AB 80), wobei die D. \_\_\_\_\_ AG im Fragebogen für Arbeitgebende vom 4. März 2014 angab, dass der seit 1. Januar 2014 ausbezahlte Jahreslohn von Fr. 43'225.-- der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers entspreche (50 % von 42.40 betriebsüblichen Stunden pro Woche; AB 85 S. 3). Am 24. Oktober 2016 gab die Arbeitgeberin erneut an, der angegebene Lohn – Fr. 43'875.-- jährlich seit dem 1. Januar 2015 – entspreche der geleisteten Arbeit (AB 167). Weiter führte sie aus, das Pensum betrage seit 1. Januar 2010 75 %, wobei der Beschwerdeführer täglich 6.5 Stunden arbeite und seine Leistung bezogen auf 100 % etwa 50 % betrage (vgl. auch AB 161.1 S. 6). Diese Angaben korrelieren denn auch mit der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von maximal sechs Stunden täglich (vgl. E. 3.6 hiervor), womit für das Invalideneinkommen im Jahr 2014 der von der Arbeitgeberin aufgeführte Betrag von Fr. 43'225.-- heranzuziehen ist. Daran ändert die vom Beschwerdeführer eingereichte Stellungnahme der D. \_\_\_\_\_ AG vom 10. Juli 2017 (Beschwerdebeilage [act. I] 3) nichts, ist doch zum Nachweis von Soziallohn zu beachten, dass für einen solchen praxisgemäss strenge Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. 4.3). Vorliegend bestehen hierfür jedoch keine ausreichenden Anhaltspunkte.

**4.6** Bei Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert eine Lohneinbusse von Fr. 70'414.90 (Fr. 113'639.90 ./ Fr. 43'225.--), woraus sich ein weiterhin zum Bezug einer Dreiviertelsrente berechtigender Invaliditätsgrad von gerundet 62 % ergibt (vgl. E. 2.2 hiervor, vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

**4.7** Die infolge der am 10. August 2015 erfolgten Implantation einer Knie-Totalprothese attestierte Arbeitsunfähigkeit war von lediglich kurzer Dauer. Die Gutachter hielten diesbezüglich im Jahr 2016 denn auch ein gutes Resultat fest (AB 161.1 S. 8). Es entstand mit dieser auf einem neuen Gesundheitsschaden basierenden kurzzeitigen gesundheitlichen Verschlechterung kein höherer Rentenanspruch. Ähnlich verhält es sich mit der als Folge der Herzoperation vom 11. April 2017 (AB 197 S. 7) ebenfalls

nur vorübergehend attestierten Arbeitsunfähigkeit während maximal drei Monaten (vgl. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, vom 27. Juni 2017 [AB 199 S. 4] sowie RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_ vom 7. August 2017 [AB 201 S. 3]). Auch diese Beeinträchtigung ist mangels dauerhafter Einschränkung invalidenversicherungsrechtlich nicht von Relevanz (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, das Arbeitspensum sei per 1. Oktober 2017 neu auf 30 % reduziert worden (vgl. Beschwerde) und damit allenfalls ein weiterer Revisionsgrund zu prüfen wäre, bedarf dieser Umstand aufgrund der per Ende Dezember 2017 erfolgten Pensionierung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde sowie Art. 30 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]) keiner weiteren Abklärungen (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Im Übrigen läge der Sachverhalt ohnehin ausserhalb des hier massgeblichen Beurteilungszeitraums, da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war (8. August 2017 [AB 202]), beurteilt und Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein sollen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

## **5.**

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin das Rentenerhöhungsbegehren zu Recht abgelehnt, womit die angefochtene Verfügung vom 8. August 2017 (AB 202) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

## **6.**

**6.1** 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** 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. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme an:

- AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, c/o AXA Leben AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 300, 8401 Winterthur

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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