

200 17 832 IV
MAW/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. November 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. August 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitet seit dem 17. November 2003 für die C._____ (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 13, 18 S. 2). Er meldete sich am 31. Januar 2013 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, wegen Schmerzen an der Halswirbelsäule (HWS) und Rücken, Kopfschmerzen, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen sowie Taubheitsgefühl in den Fingern seit dem am 8. Juni 2012 erlittenen Auffahrunfall (AB 1). Die IVB holte verschiedene Unterlagen ein (u.a. IK-Auszug [AB 12], Fragebogen Arbeitgeber [AB 13]). Nach Einholung der Akten der D._____ (u.a. Unfallanalytisches Gutachten vom 21. September 2012 [AB 16.1 S. 40 ff.] und Biomechanische Kurzbeurteilung vom 20. November 2012 [AB 16.1 S. 27 ff.]) veranlasste die IVB eine Begutachtung durch die Dres. med. E._____, Facharzt für Neurologie/Verhaltensneurologie SGVN, und F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 18. Oktober 2013 [AB 29.1]). Danach holte die IVB weitere Akten der D._____ ein (u.a. verschiedene Berichte der Arbeitsmedizin der D._____ [AB 37.1 S. 232, 282, AB 39.4, AB 43.2], Stellungnahme des Neurologen Dr. med. G._____ zuhanden der H._____ vom 5. Juli 2014 [AB 50.1 S. 24], neurologisches Gutachten von Prof. Dr. med. Dominik I._____, Facharzt für Neurologie, vom 19. November 2014 [AB 54.1 S. 18 ff.] sowie die Ergänzung vom 5. August 2015 [AB 58 S. 2 ff.]).

B.

Der Versicherte erhielt per 1. November 2015 einen neuen Arbeitsvertrag von der Arbeitgeberin mit einer 50 %igen Anstellung (AB 61). Am 3. November 2015 erliess die Pensionskasse der Arbeitgeberin einen Rentenbescheid betreffend einer Teilinvalidenrente (Beschwerdebeilage [BB] 5). Mit Verfügung vom 7. September 2016 sprach die D._____ dem Versicherten eine Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 50 % und eine Integritäts-

entschädigung von 30 % zu (BB 7); diese Verfügung wurde nicht angefochten.

C.

Die IVB holte weitere Akten der D. _____ ein (u.a. eine Beurteilung der Arbeitsmedizin der D. _____ [AB 59 S. 2 ff, 69 S. 1 f.] und eine Kritik der Haftpflichtversicherung am Gutachten von Prof. Dr. med. I. _____ vom 22. September 2016 [AB 77 S. 2 f.]). Ferner erfolgte eine neuropsychologische Untersuchung durch Dr. phil. J. _____ (Bericht vom 2. November 2016 [AB 85]) und eine Aktenbeurteilung durch die RAD-Ärztin med. pract. K. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 3. Januar 2017 (AB 87 S. 6 ff.). Die IVB veranlasste danach eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 19. Mai 2017 [AB 111.1]). Mit Vorbescheid vom 9. Juni 2017 (AB 112) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens bei fehlender Invalidität in Aussicht (AB 112). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Einwand (AB 121). Nach Einholung einer Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ vom 25. Juli 2017 (AB 124 S. 2) verfügte die IVB am 16. August 2017, das Leistungsbegehren werde abgewiesen (AB 126).

D.

Mit Beschwerde vom 17. September 2017 beantragt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, die Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine halbe Rente zuzusprechen.

Mit Verzicht auf eine umfassende Beschwerdeantwort beantragt die IVB am 18. Oktober 2017, die Beschwerde sei abzuweisen.

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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. August 2017 (AB 126). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 Der Invaliditätsbegriff in der Invalidenversicherung stimmt mit demjenigen in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung grundsätzlich überein, weshalb die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbstständig vorzunehmen ist, mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden im Regelfall zum selben Ergebnis führen muss (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 223, 127 V 129 E. 4d S. 135). Die Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs entbindet die verschiedenen Sozialversicherungsträger nicht davon, die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des von einem anderen Versicherer festgelegten Invaliditätsgrades begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 553).

Die Invaliditätsschätzung des Unfallversicherers entfaltet gegenüber der Invalidenversicherung keine Bindungswirkung. Die IV-Stelle ist daher nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad legitimiert (BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich 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 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).

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Laut Berichten vom 6. August 2012 des Zentrums M. _____ lag (nach einem MR des Hirns) ein altersentsprechender Befund vor, ohne Hinweise auf einen Status nach Kontusionsblutungen und ohne anderweitige pathologische Signalstörungen (AB 16.1 S. 93). Der Befund (nach MR der HWS) ergab weiter degenerative Veränderungen mit Hauptbefund auf Höhe C6/7 mit ossärer Reizung der C7 Wurzel links intraforaminal. Auf Höhe C5/6 sei eine zeitweilige Reizung der C6 Wurzel links intraforaminal wahrscheinlich (AB 16.1 S. 94).

3.1.2 Im Bericht vom 4. April 2013 der Klinik N._____ wurde ausgeführt, beim heutigen Assessment zeige der Patient eine gute Leistungsbeurteilung bei allerdings erheblicher Dekonditionierung. Nach nunmehr fast zehnmönatiger Einnahme der muskelrelaxierenden, analgetischen Medikamente werde dringend empfohlen, dies zu sistieren. Angesichts der geklagten Beschwerden wie Ermüdung und Schwindel sollte eine Überprüfung der Leberfunktion veranlasst werden. Im Hinblick auf die heutigen Resultate sei von einer raschen Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis auf ein Vollpensum auszugehen (AB 19.1 S. 201).

3.1.3 Im Bericht vom 17. Juni 2013 diagnostizierten die Ärzte des Zentrums O._____ eine Kochleovestibulopathie links (ICD-10 H81.3), ein subtotales Funktionsdefizit des linken Vestibularapparates und eine Hochtonschwerhörigkeit links sowie einen Status nach Akzelerations-/Dezelerationstrauma der HWS am 8. Juni 2012. Zusammen mit den wiederholten Schwindelepisoden sei von einer fortschreitenden peripheren Vestibulopathie auszugehen, welche sich schrittweise eingestellt habe (AB 28.1 S. 201).

3.1.4 Im bidisziplinären (neurologischen/psychiatrischen) Gutachten vom 18. Oktober 2013 diagnostizierten die Dres. med. E._____ und F._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein oberes Cervicalsyndrom, cervicocephale Beschwerden, eine diskrete kognitive Störung bei Schmerz und Schwindel, eine Fatigue und eine periphere Vestibulopathie links bei Zustand nach Halswirbelsäulendistorsion am 8. Juni 2012 sowie degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen (MRI vom 6. August 2012; AB 29.1 S. 10). Die Gutachter führten aus, es liege keine Psychopathologie vor; aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Prognose sei gut. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich ein leicht rechtsbetontes, insbesondere oberes Cervicalsyndrom mit entsprechenden typischen Befunden. Die verhaltens-neurologisch/neuropsychologische Untersuchung belege diskrete bis höchstens leicht ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen mit insbesondere Störung verbal-mnestischer Funktion bei Rekrutierungsstörung sowie leichter Beeinträchtigung der geteilten Aufmerksamkeit und Suppressionsfähigkeit. Die Fatigue Skala für Motorik und Kognition weise

auf eine Fatigue hin. Die Beschwerden hätten sich vor allem nach stattgehabtem Schwindel- und Gleichgewichtstraining im Sommer 2013 gebessert. Der Explorand habe seine Arbeitstätigkeit im Juni 2013 auf 40 % gesteigert, ab dem 26. August 2013 auf 45 %. In der angestammten Tätigkeit könnten diese attestierten Arbeitsfähigkeiten nachvollzogen werden. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens sei von einer 50 %igen Beeinträchtigung auszugehen. Ab Januar 2014 sei die Arbeitsfähigkeit auf 60 %, ab April 2014 auf 70 % anzuheben. Sollten diese Vorgaben nicht erfüllt werden können, müsste eine Reevaluation erwogen werden. Insgesamt sollte im weiteren Verlauf eine Steigerung auf mindestens 80 % bis 90 % möglich sein. Ungünstig wirke sich der lange Arbeitsweg aus. In angepasster Tätigkeit, ohne den täglich anfallenden Arbeitsweg von 2 ½ Stunden, wäre bereits heute von einer deutlich höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen und die Arbeitsfähigkeit dann bei einem angenommenen Arbeitsweg von einer halben Stunde in der Tätigkeit als ... auf 70 % einzuschätzen. In Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die höheren Hirnfunktionen, an die Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit wäre von einer 90 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (AB 29.1 S. 16).

3.1.5 In der ärztlichen Beurteilung vom 23. Oktober 2013 ging Dr. med. P._____, Arbeitsmedizin der D._____, davon aus, ein teilweiser Ausfall des linken Gleichgewichtsorgans werde im Allgemeinen innerhalb von 12-16 Monaten zentral kompensiert. Die Drehschwindelanfälle seien deutlich regredient; anfänglich seien sie täglich, zwischenzeitlich nur noch zwei bis drei Mal in den vergangenen zwei Monaten aufgetreten (AB 37.1 S. 283).

3.1.6 Die otoneurologische Verlaufskontrolle vom 24. Februar 2014 durch das Zentrum O._____ zeigte ein im Wesentlichen analoges Bild. Die Otolithenfunktion könne zentral nicht kompensiert werden und sei mehrheitlich verantwortlich für die Beschwerden (Bericht vom 24. April 2014; AB 39.3 S. 24).

3.1.7 Nach einer otoneurologischen Untersuchung vom 10. April 2014 führte Dr. med. Q._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, Arbeitsmedizin der D._____, aus, es zeige sich eine zentral annähernd kompensierte Bogengangsfunktion bei subjektiv noch anhaltenden Schwin-

delbeschwerden. Patienten mit einer Otolithenfunktionsstörung zeigten eine erheblich beeinträchtigte postulare Kontrolle während Stand- und Gangübungen, was sich während der Untersuchung nicht eindeutig manifestiert habe. Als ... verrichte der Explorand eine vorwiegend kognitive Tätigkeit in Ruheposition; eine Otolithenfunktionsstörung sollte nicht zu einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit führen (Bericht vom 15. April 2014 [AB 43.2 S. 5]).

3.1.8 In der Aktenbeurteilung vom 5. Juli 2014 führte der Neurologe Dr. med. G. _____ zuhänden der H. _____ aus, die Veränderungen der HWS seien degenerativ bedingt. Eine Commotio cerebri sei nicht überwiegend wahrscheinlich, jegliche Hinweise auf eine makrostrukturelle Schädigung von Hirn oder HWS fehlten. Der Schwindel werde durch eine Commotio labyrinthi erklärt, was beim Fehlen einer Commotio cerebri doch etwas eigenartig anmute. Eine Commotio labyrinthi sei seines Erachtens ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich (AB 50.1 S. 32).

3.1.9 Im neurologischen Gutachten vom 19. November 2014 – zuhänden der Unfallversicherung – diagnostizierte der Neurologe Prof. Dr. med. I. _____ ein chronifiziertes komplexes posttraumatisches Syndrom nach Auffahrunfall am 8. Juni 2012 mit Beteiligung des vestibulären, cochleären und cervikalen Systems, ED 12. Dezember 2014, eine Commotio labyrinthi, einen Verdacht auf eine Commotio cerebri, ED Juni 2012 (aktenanamnestisch) und ein HWS-Beschleunigungstrauma (Whiplash associated disorder), ED Juni 2012 (aktenanamnestisch). Der Gutachter ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus (AB 54.1 S. 24). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit beinhalte das Gutachten ausschliesslich eine Beurteilung der Beeinträchtigung aufgrund des objektivierten vestibulären Ausfallsyndroms (AB 54.1 S. 25). In der Ergänzung vom 5. August 2015 stellte Prof. Dr. med. I. _____ die gleichen Diagnosen (AB 58 S. 2). Zur Frage, für welche Diagnose bildgebend objektivierbare, organisch nachweisbare Befunde vorlägen, erwähnte der Gutachter die Commotio labyrinthi; es bestehe ein vestibuläres Ausfallsyndrom links, ED Juni 2013 und ein cochleäres Ausfallsyndrom, ED Juni 2013 (AB 58 S. 3). Der Gutachter hielt fest, es sei anzunehmen, dass der Explorand im Rahmen des Verkehrsunfalls eine kombinierte Verletzung, d.h. neben der Commotio labyrinthi auch zusätzlich eine Commotio cerebri und ein HWS-Beschleunigungstrauma, erlitten ha-

be. Es liege unmittelbar nach dem Trauma jedoch keine neurokognitive Untersuchung vor (AB 58 S. 3 Ziff. 3). In der angestammten Tätigkeit als ... liege eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Diese Einschätzung erfolge ausschliesslich in Bezug auf die Beeinträchtigung aufgrund des vestibulären Anteils des posttraumatischen Syndroms (AB 58 S. 3). Zum Zumutbarkeitsprofil hielt der Gutachter fest, zumutbar sei eine rein im Sitzen zu verrichtende Tätigkeit mit wenig Kopf-Rotation, ohne Leiter/Gerüste zu besteigen oder auf solchen zu arbeiten, mit nur gelegentlichem Gehen von Treppen, ohne Lasten zu heben und zu tragen, ohne Bedienung ..., ohne Arbeiten mit hohen Konzentrationsanforderungen, ohne Lärmbelastungen und ohne störende Lichtverhältnisse (AB 58 S. 4).

3.1.10 Im Untersuchungsbericht vom 2. November 2016 (AB 85) führte der RAD-Fachpsychologe für Neuropsychologie Dr. phil. J. _____ aus, es stellten sich in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung kaum mehr als minimale kognitive Leistungseinschränkungen in Form grenzwertiger verbal-mnestischer Leistungen dar (AB 85 S. 8). Obwohl also nicht von zerebral bedingten neuropsychologischen Dysfunktionen auszugehen sei, so würden die subjektiv erlebten Leistungsbeeinträchtigungen in Folge von Ermüdung, Schwindel- oder Schmerzbeschwerden nicht in Frage gestellt. Wie jedermann aus eigenem Erleben wisse, könnten derartige Belastungen selbstverständlich die kognitive (bzw. jegliche) Leistungsfähigkeit kompromittieren. Bei diesen Beschwerden handle es sich jedoch um subjektive Phänomene, die nur der betroffenen Person unmittelbar zugänglich seien. Aufgrund ihrer Subjektivität entzögen sich derartige Phänomene aus erkenntnistheoretischen Gründen prinzipiell einer Objektivierung und Quantifizierung (AB 85 S. 9).

3.1.11 Im Bericht vom 3. Januar 2017 diagnostizierte die RAD-Ärztin med. pract. K. _____ mit vorübergehenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach sehr leichtem Schädelhirntrauma ohne Nachweis eines Hirnsubstanzdefekts (CD/MRI Schädel) mit/bei cervicogenem Schwindel nach dem Unfall (ab Juli 2012 keiner mehr), eine Vestibulocochleare Funktionsstörung links mit partiellem Ausfall des linken Gleichgewichtsorganes mit/bei zentraler fortgeschrittener Kompensation bei fehlendem Spontannystagmus, unauffälliger Lageprobe im Juni 2013, das Zen-

trum O._____ verweigerter weiterer Untersuchungen zur genauen Verifizierung, einen Drehschwindel zwei bis drei Mal pro Monat laut Angaben des Beschwerdeführers im Juni 2013, laut des Zentrums O._____ vom 24. Februar 2014 eine Bogenfunktionsstörung zentral weitgehend kompensiert, ein geotroper Lagenystagmus zu beiden Seiten (benigner Lagerungsnystagmus hält wenige Sekunden, maximal eine Minute an), durch Blickfixation unterdrückbarem Nystagmus und fraglichem psychogenem Schwindel bei subjektivem Schwindelgefühl (AB 87 S. 34). Zur Arbeitsfähigkeit und zum Zumutbarkeitsprofil führte die RAD-Ärztin aus, ab dem 2. Juli 2012 wäre die sehr leichte Tätigkeit als ... im mittleren Kader der Kraftwerke der C._____ mindestens zu 80 % im ... wieder zumutbar gewesen. Zudem sei der Arbeitgeber bereit gewesen, die ehemalige Arbeit – mit 50 % interner ... und ..0 sowie mit 50 % externer Tätigkeit mit ... – zugunsten der internen Tätigkeit zu verschieben. Weiter hätte der Beschwerdeführer Homeoffice betreiben können. Ab dem Gutachten vom 18. Oktober 2013 wäre ihm die ursprüngliche Tätigkeit als ... wieder zu 100 % ohne Leistungseinschränkung zumutbar gewesen (AB 87 S. 34).

3.1.12 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Mai 2017 hielt Dr. med. L._____ fest, es bestünden aus rein psychiatrischer Sicht keinerlei Funktionseinschränkungen. Die Situation werde vielmehr durch die persistierenden körperlichen Beeinträchtigungen geprägt. Es bestünden keine Hinweise auf Aggravation oder bewusste Übertreibungen, Simulation etc. (AB 111.1 S. 17).

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).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Es ist zu Recht unbestritten, dass der medizinische Sachverhalt aus psychiatrischer Sicht genügend abgeklärt ist und dass keine psychische

Erkrankung vorliegt. Diesbezüglich ist auf das nachvollziehbare und überzeugende Gutachten von Dr. med. L. _____ vom 19. Mai 2017 (AB 111.1) abzustellen. Bereits Dr. med. F. _____ war im bidisziplinären Gutachten vom 18. Oktober 2013 (AB 29.1) davon ausgegangen, dass keine Psychopathologie vorliegt; es war denn auch die neurologische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend (vgl. AB 29.1 S. 16).

3.5 In neurologischer Hinsicht erfolgten zweimalige Begutachtungen des Beschwerdeführers: Im bidisziplinären Gutachten vom 18. Oktober 2013 (AB 29.1) schätzte der Neurologe Dr. med. E. _____ die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung auf 50 % und prognostizierte eine mögliche Steigerung auf mindestens 80 bis 90 %, andernfalls müsste eine Reevaluation erwogen werden; weiter ging er davon aus, dass sich der Arbeitsweg von 2 ½ Stunden ungünstig auswirke und bei einem Arbeitsweg von lediglich 30 Minuten die Arbeitsfähigkeit auf 70 % einzuschätzen wäre (AB 29.1 S. 16). Demgegenüber erachtete der Neurologe Prof. Dr. med. I. _____ im Gutachten vom 11. November 2014 (AB 54.1 S. 24) bzw. in der Ergänzung vom 5. August 2015 (AB 58 S. 3), dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit lediglich zu 50 % zumutbar sei. Diese Beurteilung führte er auf das vestibuläre Ausfallsyndrom links, das er als objektivierbaren organischen Befund einschätzte, bzw. den damit verbundenen (Schwank-)Schwindel zurück (vgl. AB 58 S. 3). Die Beurteilung von Prof. Dr. med. I. _____ wurde von der Arbeitsmedizin der D. _____ übernommen (Bericht vom 24. September 2015; AB 59 S. 2) und gestützt darauf sprach die D. _____ dem Beschwerdeführer eine Rente zu bei einer Erwerbsunfähigkeit von 50 % (BB 7). Auch die Pensionskasse der R. _____ erliess einen entsprechenden Rentenbescheid (BB 5). Weder sind diese Entscheide hier zu überprüfen noch ist darauf abzustellen, denn die Beschwerdegegnerin ist nicht an die Beurteilung in den genannten Verfahren gebunden. Vielmehr ist eine freie Prüfung vorzunehmen (vgl. E. 2.2 hiavor).

3.6 Aus neurologischer Sicht kann auf die Beurteilung von Dr. med. E. _____ im bidisziplinären Gutachten vom 18. Oktober 2013 (AB 29.1) nicht abgestellt werden. Die von ihm prognostizierte Arbeitsfähigkeit von

mindestens 80 bis 90 % wurde nicht erreicht, weshalb seines Erachtens in einem solchen Fall ohnehin eine Reevaluation nötig war.

Auch auf die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit durch den Neurologen Prof. Dr. med. I. _____ kann nicht unbesehen abgestellt werden. Er setzte sich in seinem Gutachten vom November 2014 bzw. in der Ergänzung vom August 2015 mit der Prognose des Neurologen Dr. med. E. _____ nicht auseinander. Auch die Einschätzung von Dr. med. E. _____, die Arbeitsfähigkeit läge bei einem kürzeren Arbeitsweg bereits im Gutachtenszeitpunkt (Oktober 2013) bei 70 %, hat Prof. Dr. med. I. _____ nicht diskutiert. Es liegt denn auch aus neurologischer Sicht keine übereinstimmende Beurteilung durch die Gutachter vor; vielmehr gingen sie jeweils von unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus. Obwohl Prof. Dr. med. I. _____ in den Diagnosen bloss einen Verdacht auf eine *Commotio cerebri* nannte, stützte er danach seine Beurteilung darauf, dass der Beschwerdeführer eine kombinierte Verletzung erlitten habe (*Commotio labyrinthi*, *Commotio cerebri* und HWS-Beschleunigungstrauma; AB 54.1 S. 25), wobei er lediglich für die *Commotio labyrinthi* auf objektive Befunde hinwies. Diese Einschätzung wird von der RAD-Ärztin med. pract. K. _____ in Zweifel gezogen. Sie geht vielmehr davon aus, dass sich der Beschwerdeführer – wenn überhaupt – ein sehr leichtes Schädelhirntrauma zugezogen habe, welches innerhalb einiger Wochen ohne negative Folgen hätte abklingen sollen (vgl. AB 87 S. 27). Auch der Neurologe Dr. med. G. _____ hatte zuvor im Bericht vom 5. Juli 2014 angeführt, dass eine *Commotio cerebri* und eine *Commotio labyrinthi* nicht überwiegend wahrscheinlich vorgelegen haben (AB 50.1 S. 32). Obwohl Prof. Dr. med. I. _____ Kenntnis der abweichenden Meinung hatte (AB 54.1 S. 21), setzte er sich damit nicht auseinander. Dass ein (Schwank)-Schwindel vorliegt, welcher die Arbeitsfähigkeit sogar zu 50 % beeinflusst, wird auch aus otoneurologischer Sicht von Dr. med. Q. _____, Arbeitsmediziner der D. _____, bezweifelt; dies selbst bei Vorliegen einer allfälligen Otolithenfunktionsstörung (Bericht vom 15. April 2014 [AB 43.2 S. 5]). Nicht überzeugend ist die Beurteilung von Prof. Dr. med. I. _____, wonach die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf das vestibuläre Ausfallsyndrom links bzw. den Schwindel zurückzuführen sei (vgl. AB 54.1 S. 25; AB 58

S. 3 Ziff. 3), auch mit Blick auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer mit dem Auto zur Arbeit fährt und offenbar auch längere (Ferien)reisen unternehmen kann (AB 111.1 S. 8), was sich mit dem attestierten Schwindel bzw. der deswegen eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit schlecht verträgt.

3.7 Anlässlich der Untersuchung im November 2016 stellte der Neuropsychologe Dr. phil. J. _____ (AB 85) fest, dass der Beschwerdeführer – nachdem er am Vormittag bereits drei Stunden gearbeitet hatte – bei den gegen Ende der 2 ³/₄-stündigen Abklärung durchgeführten Konzentrationsaufgaben, auch bei einer monotonen, selbstgetakteten Aufgabe der selektiven Aufmerksamkeit, mit konstant gutem Tempo und normaler Fehlerquote gearbeitet hatte (AB 85 S. 8 oben). Demzufolge attestierte der Neuropsychologe „kaum mehr als minimale kognitive Leistungseinschränkungen in Form grenzwertiger verbal-mnestischer Leistungen“ (AB 85 S. 8 unten). Er ging im Vergleich zur Voruntersuchung von Dr. med. E. _____ davon aus, dass keine Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeits- oder der Exekutivfunktionen mehr feststellbar waren (AB 85 S. 8). Daran ändert nichts, dass er die vom Beschwerdeführer angegebenen subjektiven Leistungseinschränkungen als Folge von Ermüdung, Schwindel- oder Schmerzbeschwerden nicht in Frage stellte. Denn es ist – wie der Neuropsychologe ausführte – ohnehin aus rein erkenntnistheoretischen Gründen nicht möglich, diese mittels psychometrischer Methoden messen zu wollen (AB 85 S. 9). Letztlich führt dies dazu, dass die Einschätzung einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit durch Prof. Dr. med. I. _____ nicht überzeugt. Auf den Bericht des Neuropsychologen kann jedoch auch nicht abgestellt werden, einerseits äusserte er sich nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit, andererseits vermöchte sein Bericht eine ärztliche (neurologische) Einschätzung ohnehin nicht zu ersetzen.

3.8 Die RAD-Ärztin med. pract. K. _____ äusserte sich in der Aktenbeurteilung vom 3. Januar 2017 (AB 87) zur Problematik des beschriebenen Lagerungs- und Drehschwindels (vgl. AB 87 S. 27 ff.), der Nackenbeschwerden und der Konzentrationseinschränkungen, so dass ihre Beurteilung die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch Prof. Dr. med. I. _____ grundsätzlich in Frage zu stellen vermag. Auch wenn sie

eine ausführliche und detaillierte Beurteilung vorgenommen hat, verfügt die RAD-Ärztin aber weder über einen Facharzttitel als Neurologin noch hat sie eine eigene Untersuchung durchgeführt. Es kann auf ihre Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer bereits ab Juli 2012 zu 80 % und ab September 2013 zu 100 % in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen wäre, nicht abgestellt werden.

3.9 Es ist somit unklar, ob als Folge des Auffahrunfalles vom 8. Juni 2012 ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt sowie ob und wie sich ein solcher allenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt(e). Daraus ergibt sich, dass eine fachmedizinische Begutachtung zur Abklärung der neurotologischen Situation durchzuführen und die Sache deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Anschliessend wird die IVB über den Leistungsanspruch neu zu verfügen haben. Bei Vorliegen einer bisher vollständig ungeklärten Frage steht die Rückweisung zur weiteren Abklärung in Einklang mit der Rechtsprechung in BGE 137 V 210.

Die Beschwerde ist gutzuheissen und die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. August 2017 (AB 126) ist aufzuheben. Die Sache geht zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen zurück an die Vorinstanz.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Kostennote vom 16. November 2017 macht Rechtsanwältin B. _____ einen Aufwand von 16 Stunden 40 Minuten und ein Honorar von Fr. 4'500.-- (16,66 à Fr. 270.--), zuzüglich Aufwand von Fr. 294.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 383.50, total Fr. 5'177.50 geltend, wobei sie auch den Aufwand für das Einwandverfahren miteinbezogen hat, welches hier jedoch nicht zu berücksichtigen ist. Beschränkt auf das vorliegende Verfahren (Aufwand ab 23. August 2017) resultiert ein Aufwand von 5 Stunden 20 Minuten. Die Parteientschädigung ist auf Fr. 1'716.10 (Gebühr von Fr. 1'440.-- [5,33 Stunden à Fr. 270.--], zuzüglich Auslagen für Kopien/Fax/Porti/Telefon von Fr. 149.-- [ab dem 23. August 2017] und Mehrwertsteuer von Fr. 172.10 [8% auf Fr. 1'589.--]) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. August 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'716.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers

- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.