

200 17 908 IV  
GRD/PES/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. September 2018**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Peter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. September 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Im Mai 2015 meldete sich der 1971 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zum Bezug von IV-Leistungen an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor. Insbesondere holte sie bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte inkl. der medizinischen Vorakten ein (AB 9, 17, 19 f., 22, 24).

Mit Bericht vom 26. Januar 2016 verneinte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. Das Zumutbarkeitsprofil aus psychiatrischer Sicht könne anhand der vorliegenden Dokumente nicht beurteilt werden (AB 27 S. 10 f.; siehe auch AB 25 und 26).

Die IV-Stelle holte in der Folge weitere Unterlagen ein (AB 28 – 30, 32, 36, 38 f.) und beauftragte Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Begutachtung des Versicherten (AB 48; siehe auch AB 45). Das entsprechende Gutachten datiert vom 20. Januar 2017 (AB 52.1).

Mit Vorbescheid vom 5. April 2017 (AB 53) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden und damit auch kein Leistungsanspruch.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 9. Mai 2017 vorsorglich Einwand (AB 61), welchen er mit Eingabe vom 7. Juni 2017 (AB 65) nachbegründen liess.

Nach Einholung einer Stellungnahme bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu den erhobenen Einwänden (AB 66 f.) verfügte die IV-Stelle am 13. September 2017 ihrem Vorbescheid vom 5. April 2017 entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (AB 68).

**B.**

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 16. Oktober 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn und in Zukunft eine IV-Rente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Beilage eines MEDAS-Gutachtens vom 22. November 2016 und eines Abklärungsberichts Haushalt vom 30. Januar 2017, beides in Sachen P.\_\_\_\_\_, (der Ehefrau des Beschwerdeführers), die Abweisung der Beschwerde.

Ein Doppel der Beschwerdeantwort sowie der neu eingereichten Unterlagen ging in der Folge an den Beschwerdeführer.

**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 Anträ-

gen 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** Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. September 2017 (AB 68). Streitig und zu prüfen ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens

einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**2.2** 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).

**2.3** 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).

**2.3.1** Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**2.3.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**2.3.3** 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizini-

sches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

### **3.**

Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1** Mit Bericht vom 16. Januar 2003 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, beim Beschwerdeführer einen Status nach Stapedotomie links, eine persistierende Schalleitungsschwerhörigkeit links sowie eine Trommelfellperforation links fest (AB 17 S. 15). Am 13. November 2009 erfolgte zudem die Diagnose einer Otosklerose beidseits (AB 17 S. 30). Nach einer Beurteilung in der otologischen Sprechstunde des Spitals F.\_\_\_\_\_ (AB 17 S. 13) fand hierauf am 23. Juli 2010 eine transkanaläre Laser-Stapedotomie rechts statt (AB 17 S. 12).

**3.2** Mit Bericht vom 1. Oktober 2012 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, beim Beschwerdeführer Schulterschmerzen links, eine leichtes Zervikalsyndrom sowie einen Status nach dreimaliger Ohroperation (AB 17 S. 8). Am 14. Januar 2013 berichtete er sodann von einer deutlichen Verbesserung von Seiten der Impingementsymptomatik der linken Schulter sowie des Zervikalsyndroms. Neu bestehe ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit – aufgrund des klinischen Bildes – spondylogener/pseudoradikulärer ischialgieformiger Ausstrahlung ins linke Bein. Die Beschwerden seien vor allem myofaszial und durch eine Irritation im Fazettengelenk bedingt (AB 17 S. 6 f.).

**3.3** Ein MRI der Halswirbelsäule vom 8. Mai 2013 ergab keinen Hinweis auf linksseitige radikuläre Störungen, hingegen sei rechtsseitig von einer C6-Wurzelreizung bei Diskushernie, Osteochondrose sowie Unkovertebral- und Spondylarthrose auszugehen (AB 17 S. 5).

**3.4** Anlässlich einer Untersuchung in der Sprechstunde des Spitals F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer eine sekundäre Bicepspathologie links bei zweitgradiger Scapuladyskinesie. Ein Rezept für Physiotherapie sei mitgegeben worden (Bericht vom 4. Juli 2015; AB 19).

**3.5** Mit Bericht vom 25. Juli 2015 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer agitierte ängstlich-depressive Störungen im Rahmen einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit persistierenden belastungsabhängigen Nacken-, HWS- und Schulterschmerzen rechts, eine Schwerhörigkeit bei Otsklerose beidseits sowie ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Spondylarthrosen L4 bis S1 fest (AB 20).

**3.6** Im Verlaufsbericht vom 19. Oktober 2015 bezeichnete der Hausarzt med. pract. J.\_\_\_\_\_ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär. Er leide nach eigenen Angaben unter Schlafstörungen, starken Rücken-, HWS- und Schulterschmerzen, einer Depression sowie einem Tinnitus. Inwieweit und unter welchen Bedingungen die bisherige Erwerbstätigkeit noch zumutbar sei, könne er nicht beantworten. Ganz leichte Tätigkeiten sollten seines Erachtens (wenn die psychische Situation es erlaube) möglich sein (AB 22).

**3.7** Am 29. Oktober 2015 diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, beim Beschwerdeführer einen Verdacht auf ein zervikoradikuläres Syndrom C7 auf der linken Seite, linksseitige Schulterschmerzen sowie ein spondylogenes Syndrom (AB 24 S. 2).

**3.8** Ein Multislice-CT der HWS vom 2. November 2015 zeigte sodann analog dem MRI von 2013 eine durch eine Osteochondrose in den Seg-

menten HWK 5/6 und 6/7 bedingte foraminale Enge ohne Nachweis einer zervikalen Diskushernie (AB 24 S. 4 f.).

**3.9** Im Rahmen einer Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2016 hielt der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als somatische Diagnosen einen Verdacht auf ein intermittierendes vorderes Impingement der linken Schulter bei Ventralisation, einen Verdacht auf ein zervikoradikuläres Syndrom C7 links, ein rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Spondylarthrosen L4 bis S1 sowie eine Otosklerose beidseits fest. Zusammenfassend kam er zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung für die bisherige Tätigkeit bestehe (AB 27 S. 10). Weder in den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ noch im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ werde eine relevante Funktionseinschränkung der linken Schulter beschrieben, welche das Zumutbarkeitsprofil für die bisherige Tätigkeit (... in eigener Firma) einschränken würde. Bemerkenswert sei zudem, dass wiederholt eine lokale Infiltration vorgeschlagen worden sei, um die geklagten Beschwerden zu lindern, der Beschwerdeführer dies aber stets abgelehnt habe. Auch bezüglich des lumbovertebralen Schmerzsyndroms und der zervikalen Symptomatik seien keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Einschränkungen beschrieben worden und die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft (vgl. AB 27 S. 8). Bis auf eine leichtgradige Schalleitungsschwerhörigkeit links und eine mittelgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts bestünden körperlich keine funktionellen Einschränkungen und damit keine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. Das Zumutbarkeitsprofil aus psychiatrischer Sicht könne anhand der vorliegenden Dokumente nicht beurteilt werden (AB 27 S. 10 f.).

**3.10** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer gestützt auf die Akten und die eigenen Untersuchungsbefunde eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4; differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert [ICD-10: F33.4]) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Hinweisen auf emotionale Instabilität und Störung der Impulskontrolle (ICD-10: Z73; differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung [ICD-10: F60]; AB 52.1 S. 33). Eine depressive Verstimmung sei aktuell klinisch nicht fassbar. Interesse-

verlust, Freudlosigkeit oder Antriebsminderung würden nicht beklagt, jedoch erhöhte Ermüdbarkeit. Von den weiteren häufigen Symptomen beklagt würden subjektiv verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, die klinisch nicht hätten verifiziert werden können, allenfalls ansatzweise Gefühle von Wertlosigkeit, passive Suizidgedanken und Schlafstörungen. Damit sei von den Grundsymptomen nur eines aktuell erfüllt und von den weiteren zusätzlichen Symptomen zwei ansatzweise und eines relativ klar. Die Kriterien für eine leichte depressive Episode seien damit aktuell nicht erfüllt. Dafür spreche auch die Auswertung der Hamilton Depressionsskala. Es sei nicht ausgeschlossen, dass es in der Vergangenheit verschiedentlich zu Phasen depressiver Verstimmung gekommen sei. Allerdings seien konkret umschriebene depressive Episoden nicht klar aus der vorliegenden Dokumentation zu entnehmen. Differenzialdiagnostisch gehe es damit aktuell um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), bzw. um eine gegenwärtig remittierte depressive Episode (ICD-10: F32.4; AB 52.1 S. 40).

In der Untersuchung seien eine ausgeprägte motorische Unruhe, Gereiztheit und eine Tendenz zu verbalen Ausbrüchen deutlich fassbar geworden. Nach Angaben des Beschwerdeführers sei es dabei zumindest auch zur Zerstörung von Gegenständen gekommen. Im Dossier gebe es zudem Hinweise, die tätliche Auseinandersetzungen vermuten liessen. Ob und wie häufig es zu tätlichen Auseinandersetzungen gekommen sei, sei nicht klar. Insofern zeigten sich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge, am ehesten im Sinne einer emotionalen Instabilität und Impulskontrollstörung (ICD-10: Z73). Differentialdiagnostisch zu diskutieren bleibe eine Persönlichkeitsstörung. Eine solche bedürfe eines positiven Nachweises. Dieser habe durch die eingeschränkte Mitarbeit des Beschwerdeführers nicht erbracht werden können. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordere ausreichend detaillierte Informationen über Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenleben bis zur Untersuchung. Hier habe der Beschwerdeführer auffällig viele Punkte offen gelassen, insbesondere ob und allenfalls in welcher Form er tatsächlich Kriegshandlungen erlebt habe oder in sie involviert gewesen sei. Flucht und Einreise in die Schweiz seien ebenfalls völlig unbestimmt geblieben. Auffällig sei aus psychiatrischer Sicht, dass weder Kinder noch Ehefrau, weder Eltern noch Geschwister noch Freunde plas-

tisch geworden seien. Auf die Frage nach der familiären Situation und der Beziehung zu seiner Frau habe der Beschwerdeführer zunehmend gereizt reagiert und habe nur zurückgefragt, „welche“; auch sei er nicht bereit gewesen, über die erste oder zweite Ehe zu sprechen (gemäss Akten scheinere es eine frühere Ehefrau gegeben zu haben).

Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer erstmals und spontan relativ früh in der Exploration angegeben, unter optischen und akustischen Halluzinationen zu leiden. Die Beschreibungen seien in sich nicht zur Kongruenz zu bringen gewesen. Beharrliches Nachfragen habe weder zur Konkretisierung der angegebenen Halluzinationen geführt, noch seien ihre Äusserungen und Auswirkungen im familiären Alltag nachvollziehbar geworden. Aus psychiatrischer Sicht seien die Angaben so eigenartig und vage geblieben und klinisch psychiatrischen Halluzinationen, wie sie beispielsweise im Rahmen von Psychosen auftreten würden, so wenig ähnlich gewesen, dass sie keinem Krankheitssymptom einer psychischen Störung zugeordnet werden könnten (AB 52.1 S. 39).

Der Beschwerdeführer beklage auch Alpträume. Echtzeitlich seien keine Inhalte benannt worden. In der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer beklagt, er träume davon, dass ihn jemand angreife. Seine Schilderungen seien aber nicht sehr plastisch gewesen. Es sei ungewiss, wenn der Beschwerdeführer Alpträume gehabt habe, ob diese tatsächlich noch bestünden. Ein Gefühl des Betäubtseins oder emotionaler Stumpfheit sei zu keinem Zeitpunkt berichtet worden. Zu einer Appetitminderung oder Gewichtsabnahme sei es nicht gekommen. Wie der Beschwerdeführer vortragen habe, dass er keinen Geschlechtsverkehr mit seiner Frau mehr habe, mute vorab erlernt an. Üblicherweise thematisierten Exploranden sexuelle Probleme nicht spontan und auf Nachfragen nur sehr schambezogen. Der Beschwerdeführer berichte nicht vom Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, sondern lediglich davon, dass er sich in Menschenmengen unwohl fühle. Ausbrüche von Angst oder Panik würden nicht berichtet. Was der Beschwerdeführer berichte, seien gelegentliche Zustände, in denen er das Gefühl habe, keine Luft zu bekommen. Vegetative Begleitsymptome würden nicht geschildert und auch auf Nachfragen verneint. Eine vegetative Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung und/oder übermässiger

Schreckhaftigkeit seien ebenfalls zu keinem Zeitpunkt berichtet worden. Was der Beschwerdeführer beklage, sei Schlaflosigkeit. Ängstliche Symptome würden nicht berichtet, zum Teil sogar klar verneint. Geäussert würden massive Todeswünsche. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien damit aktuell nicht erfüllt. Es sei nicht klar und auch nicht rekonstruierbar, ob sie für einen gewissen Zeitraum bestanden hätten (AB 52.1 S. 42).

Als somatischer Krankheitsfaktor nachgewiesen seien relativ ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bereich der HWS. Nachdem die Angaben des Beschwerdeführers in der aktuellen Untersuchung aber nur partiell konkret geworden seien, er keine Angaben zur Schwere des Schmerzes gemacht habe und seine Angaben zur Dauerhaftigkeit der Schmerzen im Schulter-/Nackbereich unterschiedlich gewesen seien, sei nicht sicher, dass einer der beklagten Schmerzen tatsächlich kontinuierlich bestehe. An psychischen Faktoren scheine der Beschwerdeführer in einer schwierigen familiären Situation zu stehen, wobei er auch hier nicht bereit gewesen sei, nähere Informationen zu geben. Auf die Frage nach seinem Krankheitskonzept sei er die Antwort schuldig geblieben. Ungünstige psychische Verarbeitungsprozesse hätten somit nicht erhoben werden können, was solche zwar nicht ausschliessen, aber zumindest als nicht prominent erscheinen lasse. Eine schmerzbezogene Angst habe ebenfalls nicht erhoben werden können, auch keine klinisch relevante Angstsymptomatik, erst recht nicht mit vegetativen Symptomen. Ob es tatsächlich zu einer zunehmenden Passivität, Schon- und Fehlhaltung gekommen sei, sei ungewiss, da der Beschwerdeführer auch nicht bereit gewesen sei, im Detail zu schildern, wie sein Alltag aussehe. Auch habe nicht genau rekonstruiert werden können, wann der Beschwerdeführer zuletzt gearbeitet habe. Auch seien weder maladaptive Kognitionen in Form gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben geschildert worden noch seien Verzweiflung oder Demoralisierung erhebbar gewesen. Ob es tatsächlich zu Rollenveränderungen in der Familie gekommen sei, sei unklar. Wiederholt habe der Beschwerdeführer einen deutlichen Verlust der Sozialkontakte benannt. Die Ursache und Dauer der Probleme im Beruf und der Krankschreibungen hätten trotz aufwendiger psychiatrischer Untersuchung nicht genau erhoben werden können. Damit könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren, wie sie sich in den Akten finde, nicht gestellt werden, da die entsprechenden Kriterien nicht in ausreichendem Masse gegeben seien (AB 52.1 S. 41).

Zusammenfassend habe trotz aufwendiger psychiatrischer Diagnostik kein Nachweis darüber erbracht werden können, dass der Beschwerdeführer derzeit unter einer psychischen Störung leide, die die Leistungsfähigkeit in höherem Masse einschränke (AB 52.1 S. 48). Aufgrund der gestellten Diagnosen und der im Einzelnen geprüften, allfällig vorliegenden Fähigkeitsstörungen bestünden Einschränkungen mittelschwerer Art in der Durchhaltefähigkeit und in allen Fähigkeiten, die soziale Interaktionen und die Zusammenarbeit mit anderen betreffen. Ob dies auch dann noch der Fall wäre, wenn der Beschwerdeführer ausreichend motiviert wäre, seine vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen, habe nicht nachgewiesen werden können. Eine Leistungseinschränkung über ca. 20% hinaus resultiere aus den erhobenen psychischen Fähigkeitsstörungen wahrscheinlich nicht (AB 52.1 S. 49 f.).

#### 4.

**4.1** In somatischer Hinsicht geben die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status. Diese Daten sind unbestritten. Bei dieser Ausgangslage ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. L. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern seine Beurteilung aus somatischer Sicht auf die bereits lückenlos vorliegenden somatischen Untersuchungsbefunde gestützt hat. Sein Aktenbericht erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung an medizinische Berichte gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.3 und 2.3.1 hiervor). Er ist in Bezug auf die somatische Situation umfassend, in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung in somatischer Hinsicht sprechen würden, finden sich in den gesamten Akten nicht. Dass die behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit attestiert haben, kann nicht als solches Indiz gewertet werden,

liegen doch – wie Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in seinem Aktenbericht schlüssig dargelegt hat (vgl. E. 3.9 hiervor) – objektiv keine gravierenden somatischen Befunde vor, die eine entsprechende Funktionseinschränkung des Beschwerdeführers begründen könnten. Aspekte, die von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind keine ersichtlich und werden denn auch nicht geltend gemacht (vgl. Beschwerde Ziff. 2.1 S. 5 f. sowie E. 3.1 – 3.8 hiervor). Seinem Aktenbericht ist somit volle Beweiskraft zuzuerkennen. Gestützt auf diesen Bericht ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in körperlicher Hinsicht nicht wesentlich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

**4.2** Das von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellte psychiatrische Gutachten vom 20. Januar 2017 (AB 52.1) erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung an solche Expertisen gestellten Anforderungen. Es beruht auf eingehenden eigenen Untersuchungen und Beobachtungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und es ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ erbringt damit in psychiatrischer Hinsicht vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

Anlässlich der Begutachtung konnte von der Gutachterin keine aktuelle depressive Episode festgestellt werden und auch der Nachweis einer Persönlichkeitsstörung oder eines anderen psychischen Gesundheitsschadens konnte trotz aufwendiger psychiatrischer Diagnostik nicht erbracht werden. Ein psychischer Gesundheitsschaden, der eine Invalidität bewirken könnte, ist folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. AB 52.1 S. 47 f.). Daran ändert nichts, dass Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in ihrem neusten, nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Bericht vom 5. Oktober 2017 (BB 4) eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.11) sowie neu definitiv eine Persönlichkeitsstörung (emotional instabil vom impulsiven Typ; ICD-10: F60.30) diagnostiziert. Aspekte, die im Rahmen der fachärztlichen Begutachtung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt ge-

blieben wären, finden sich darin – wie auch in den übrigen Akten – nicht. Ihre anderslautende Einschätzung beruht vielmehr allein auf einer abweichenden subjektiven ärztlichen Interpretation des von der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bereits vollumfänglich berücksichtigten (medizinischen) Sachverhalts, was nicht genügt, um die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Umso weniger, als es sich bei Dr. med. M. \_\_\_\_\_ nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie handelt (vgl. [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch); im Medizinalberuferegister MedReg ist sie überhaupt nicht eingetragen, womit unklar ist, ob sie überhaupt über eine in der Schweiz anerkannte ärztliche Ausbildung verfügt) und das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Soweit der Beschwerdeführer der Gutachterin einen Mangel an Objektivität und Professionalität unterstellt, weil sie in ihrer Stellungnahme zum Anhörungsschreiben vom 7. Juni 2017 verdeutlichend festhält, sie habe anlässlich der Telefonate mit Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ den Eindruck gewonnen, diese wollten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit bzw. allfälligen Arbeitsunfähigkeit äussern, um nicht in Konflikt mit dem Beschwerdeführer zu geraten, da dieser anscheinend beide Ärzte bedroht habe (vgl. AB 67 S. 1), kann ihm nicht gefolgt werden. Dass die Gutachterin diese Beobachtungen und Einschätzungen festgehalten hat, entspricht ihrer Aufgabe und lässt nicht auf einen Mangel an Objektivität oder Professionalität schliessen. Anhaltspunkte für mangelnde Objektivität, fehlende Professionalität oder eine Voreingenommenheit oder Befangenheit der Gutachterin finden sich in den gesamten Akten nicht. Sowohl das Gutachten wie auch die Stellungnahme vom 27. Juni 2017 sind absolut neutral und sachlich abgefasst. So hält denn auch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in ihrem vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers angeforderten Arztbericht vom 5. Oktober 2017 explizit fest, dass das gesamte Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sehr professionell sei (BB 4). Es besteht nach dem Dargelegten keine Veranlassung, an der Objektivität und Zuverlässigkeit des Gutachtens zu zweifeln.

Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2017 (AB 52.1) ist nach dem Dargelegten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass beim Beschwerdeführer keine eigentliche Persönlichkeitsstörung, sondern lediglich ein Akzentuierung der Persönlichkeit mit Hinweisen auf emotionale Instabilität und Störung der Impulskontrolle im Sinne von ICD-10 Z73 vorliegt und dass die ihm in der Anamnese attestierte depressive Episode remittiert ist. Akzentuierte Persönlichkeitszüge stellen keine Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme dar. Bei den Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00 – Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00 – Y89 klassifizierbar sind. Sie fallen als solche nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung. Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung mit Hinweisen auf emotionale Instabilität und Störung der Impulskontrolle (ICD-10: Z73) stellt als Z-codierte Diagnose nach dem Dargelegten keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (siehe SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3.1 und 3.3).

Nachdem die in der Anamnese attestierte depressive Episode remittiert ist (sofern eine solche überhaupt je vorgelegen hat; vgl. AB 52.1 S. 40) und auch kein anderer psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen ist, bedarf es vorliegend keinerlei Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281. Mangels eines medizinisch ausgewiesenen iv-rechtlich relevanten Gesundheitsschadens besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Trotzdem sei darauf hingewiesen, dass es in den Akten zahlreiche Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Beschwerdeführer entgegen seiner Angaben, er sei seit 2007 (AB 2 S. 3) bzw. seit 2009 (AB 20 S. 2, AB 52.1 S. 37) vollständig arbeits- bzw. erwerbsunfähig, bis im Mai 2013 unter eigenen Firmen (O. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_ GmbH [; diese war zeitweilig seiner Ehefrau P. \_\_\_\_\_ übertragen]) erwerbstätig war. So gab er anlässlich eines Abklärungsgesprächs vom 17. Januar 2017 im IV-Verfahren seiner

Ehefrau gemäss Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Januar 2017 (in den Gerichtsakten) an, seit etwa 2013 nicht mehr zu arbeiten. Seine Ehefrau habe in seiner Firma gearbeitet, diese sei aber in Konkurs gegangen. Seine Ehefrau sei schon vor dem Konkurs krank gewesen. Seit über zwei Jahren besorge er den gesamten Haushalt und sei auch für die Kinder zuständig (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Januar 2017 S. 2). Weiter erklärte er, dass er ausserhäuslich arbeiten würde, dies aber nicht könne, weil er zu den Kindern schauen und den gesamten Haushalt besorgen müsse (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 30. Januar 2017 S. 3). Dass er aus gesundheitlichen Gründen nicht ausserhäuslich arbeiten könnte, machte er demgegenüber nicht geltend. Auch seine Ehefrau bezeichnete ihn anlässlich ihrer eigenen Begutachtung im Oktober 2016 nicht als arbeitsunfähig, sondern als arbeitslos (Gutachten der MEDAS vom 15. November 2016 S. 6; in den Gerichtsakten). Er und ihre Schwiegermutter aus Mazedonien, wenn sie dann jeweils da sei für einige Monate, würden die Haushaltsarbeiten erledigen. Verreist sei sie letztmals im letzten Jahr zusammen mit dem Ehemann und den Kindern mit dem Auto in die Heimat. Der Ehemann sei mit dem Auto gefahren. Sie besitze keinen Führerschein (Gutachten der MEDAS vom 15. November 2016 S. 7; in den Gerichtsakten). Der Beschwerdeführer selbst erwähnte anlässlich seiner Begutachtung mit keinem Wort, dass seine Mutter einige Monate im Jahr bei ihnen sei und die Haushaltsarbeiten erledige. Auch von einer Ferienreise ins Heimatland ist nirgends die Rede. Dass der Beschwerdeführer entgegen seiner Aussagen gegenüber der Beschwerdegegnerin wohl bis zum Konkurs der N.\_\_\_\_\_ GmbH 2013 erwerbstätig war, deckt sich im Übrigen mit dessen Angabe gegenüber Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2012, körperlich streng zu arbeiten (...; AB 17 S. 8). Aufgrund all dieser und weiterer widersprüchlicher Angaben und Inkonsistenzen in den Akten (siehe hierzu auch Beschwerdeantwort S. 3 f.) ist von einer massiven Aggravation wenn nicht gar Simulation des Beschwerdeführers auszugehen, was aber insoweit irrelevant ist, als bereits medizinisch kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erstellt ist.

**4.3** Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. September 2017 (AB 68) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstan-

den und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen. Der Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

## **5.**

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

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

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **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):
- Rechtsanwalt 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.