

200 18 124 IV  
SCP/FLS/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Mai 2018**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Flückiger

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Januar 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde unter Hinweis auf eine Herzoperation, einen Bandscheibenvorfall mit Nervenproblemen sowie Augenprobleme am 12. Mai 2017 durch seinen behandelnden Arzt bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1). Am 12. Juni 2017 meldete er sich selber bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 11), worauf die IVB Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vornahm.

Insbesondere gestützt auf den entsprechenden Bericht resp. das Zumutbarkeitsprofil des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. September 2017 (AB 52 S. 4 bis 8) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2017 (AB 57) bei Vorliegen eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrades (IV-Grad) von 5 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte mit Einwand vom 14. November 2017 resp. 11. Dezember 2017 (AB 60 und AB 66) nicht einverstanden. Am 18. Januar 2018 (AB 73) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Rente).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 8. Februar 2018 (Postaufgabe: 9. Februar 2018) Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, eine neue Prüfung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin sowie die Zusprache einer unbefristeten IV-Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. März 2018 gab der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer die Gelegenheit, im Lichte seiner Feststel-

lungen die Beschwerde kostenlos zurückzuziehen oder aber daran festzuhalten und die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mittels echtzeitlichen Behandlungsberichten zu dokumentieren.

Am 11. April 2018 nahm der Beschwerdeführer diesbezüglich Stellung und teilte dem Verwaltungsgericht insbesondere mit, dass er an der Beschwerde vom 8. Februar 2018 festhalte. Zudem reichte er einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten (Beschwerdebeilage [BB] 3).

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 vom 18. Januar 2018 (AB 73). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf

eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 23. März 2017 (AB 10 S. 6 und 7) führten die Ärzte des Spitals B. \_\_\_\_\_ als Diagnose eine koronare Dreifässerkrankung auf. Der Beschwerdeführer sei für eine Kurzhospitalisation zur Re-Koronarangiographie bei koronarer Dreifässerkrankung (und Status nach Koronarangiographie am 21. Februar 2017) eingetreten. Der Beschwerdeführer berichte weitestgehend über Beschwerdefreiheit. Nur bei sehr starken körperlichen Anstrengungen verspüre er leichte Angina Pectoris (AC)-Beschwerden.

**3.1.2** Am 31. Mai 2017 (AB 29 S. 4 bis 5) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht fest, dass er diagnostisch von einem lokalen lumbalen und linksseitig abstrahlenden Schmerzsyndrom bei mehretageren degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) mit Bandscheibenprotrusionen mehrerer Etagen sowie subtotaler Stenose L4/5 linksbetont ausgehe. Als Nebendiagnose führte er eine koronare Herzerkrankung (KHK), aktuell Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA) und Stenteinlage im März, jetzt duale Thrombozytenaggregationshemmung auf. Das Grundproblem der Bandscheibenveränderung und auch der Stenosen bestehe hier wohl schon länger (die vier Jahre zuvor erstellten MRI Bilder lägen nicht mehr vor). Grundsätzlich könne an eine Dekompression zumindest der Etage L4/5 linksseitig gedacht werden, hier liege wohl die Hauptproblematik. Eine operative Intervention sei aber – auch auf Grund der Blutverdünnung, die derzeit wohl nicht sistiert werden sollte – schlecht möglich. Er werde im nächsten Schritt versuchen nochmals mittels einer gezielten Infiltration für die Etage L4/5 eine Besserung herbeizuführen. Eine solche Infiltration könne durchaus auch unter der Blutverdünnung durchgeführt werden. Wahrscheinlich sollte der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf eine physiotherapeutische Behandlung aufnehmen.

**3.1.3** Anlässlich der Infiltration vom 9. Juni 2017 (AB 29 S. 2 und 3) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht fest, dass eine Stunde nach dem Eingriff keine spezifischen Schmerzangaben bestünden und die Neurologie unverändert sei. Der Beschwerdeführer werde mit einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis für denselben und den darauffolgenden Tag nach Hause entlassen.

**3.1.4** Im Bericht vom 16. Juni 2017 (AB 27) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, aus augenärztlicher Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine chronisch-rezidivierende Keratokonjunktivitis auf. Er könne anlässlich seiner Konsultation keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, aus seiner Sicht habe auch zu keinem früheren Zeitpunkt eine

längere Arbeitsunfähigkeit bestanden. Weiter bestünden keine Anhaltspunkte für ein eingeschränktes Sichtfeld.

**3.1.5** Gemäss Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2017 (AB 42 S. 12) wurde am 23. Juni 2017 eine weitere Koronarangiographie durchgeführt. Der Beschwerdeführer habe von leicht pectanginösen Beschwerden CCS 2 und einer Belastungsdyspnoe NYHA II berichtet. Die Beschwerden bestünden seit zehn Tagen und hätten sich bei vermehrter Belastung reproduziert. Die Ärzte nannten bezüglich Verlauf und Beurteilung der Koronarangiographie ein gutes Resultat nach PCI HS/IMA/RCA und RCA. Damit seien die aktuellen Beschwerden nicht koronarischiämisch bedingt.

**3.1.6** Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 28. August 2017 (AB 42 S. 2 bis 7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzkrankheit, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine Konjunktivitis phlyctaenulosa. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie einen Status nach AC-Gelenkluxation links und einen Status nach zweimaliger Knieoperation links fest. Sie bescheinigte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Möglich sei jedoch eine Tätigkeit wie beispielsweise ..., solange der Beschwerdeführer keine schweren Lasten heben und nicht länger als zwei bis drei Stunden sitzen müsse.

**3.1.7** Im RAD-Bericht vom 22. September 2017 (AB 52 S. 4 bis 8) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Nuklearmedizin, die folgenden Diagnosen auf:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Koronare Herzkrankheit
  - Status nach Aortokoronarer Bypass Operation 03.2006
  - Status nach PTCA und Stenteinlage RIVA bei instabiler Angina Pectoris 21.02.2017, LVEF 65%
  - Status nach PTCA und Stenteinlage RCA 22.03.2017
  - Fahrrad Ergometrie ohne Ischämie Nachweis 05.04.2017, 78% maximale Herzfrequenz, 57% Sollleistung, Doppelprodukt 22'420
  - Status nach Koronarangiographie am 23.06.2017, wegen Angina Pectoris CCS II & Belastungsdyspnoe NYHA II, gutes Resultat LVEF 65%
  - CVRF (Kardiovaskuläre Risikofaktoren): Art Hypertonie, Hypercholesterinämie & Präadipositas BMI 29.4
2. Lumbalgien

- Mehretagäre degenerative Veränderung der unteren LWS mit Bandscheibenprotrusionen
- Subtotale Stenose L4/L5
- Status nach Infiltration L4/L5 am 09.06.2017

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

3. chronische Konjunktivitis bds sin > dex phlyctaenulosa
  - V.a. Tuberkulose, deshalb Biopsie der Konjunktive am 28.06.2017, weder Bestätigung noch Ausschluss der Diagnose
  - Visuswerte 1.0 bds
4. Status nach Kreuzbandplastik sin 08.2003
  - Status nach komplexer Meniskusläsion, Status nach Teilresektion des Meniskus
5. Status nach AC (Cromioklavicular) Luxation links, Grad II Rockwood vom Juli 2012

Aufgrund der Rückenproblematik seien dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags während 8,5 Stunden ohne zusätzliche Leistungseinschränkung zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen und Stehen unter Gewichtsbelastung, das körperferne Heben von Lasten, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 - 15 kg gehoben und getragen werden. Aufgrund der KHK seien sowohl Tätigkeiten in Kälte und Hitze oder unter starken Temperaturschwankungen als auch Tätigkeiten mit gestörtem Tag- /Nacht-Rhythmus sowie unter atmosphärischem Über- resp. Unterdruck zu vermeiden. Die bisherige Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Rückenproblematik nicht mehr zumutbar.

**3.1.8** Dem Arztbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2017 (AB 70) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als ... nicht mehr ausüben könne. Möglich seien noch regelmässig leichte, wechselbelastende Tätigkeiten jedoch ohne häufiges Bücken, Heben und Tragen von schweren Lasten. Diese angepasste Arbeit könne in Vollzeit verrichtet werden.

**3.1.9** Der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 16. Januar 2018 (AB 71 S. 3 bis 6) betreffend Arbeitsfähigkeit aus, dass Einschränk-

kungen beim Heben und Tragen sowie bei Kälteexposition bestünden. Er habe keinen neuen orthopädischen Bericht erhalten und wisse nicht, ob der Beschwerdeführer in fachärztlicher (orthopädischer und evtl. rheumatologischer) Betreuung stehe. Falls nicht, seien die Beschwerden des Bewegungsapparates als nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit zu betrachten. Somit könne an der Beurteilung vom 22. September 2017 (AB 52 S. 7) festgehalten werden. Es lägen keine neuen Erkenntnisse vor, welche zu einem anderen Grad der Arbeitsunfähigkeit führten. Die bisherige Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Rückenproblematik nicht mehr zumutbar. Gemäss Jobprofil von seinem Arbeitgeber würden gelegentliche Einsätze im Kälteraum zur Arbeit gehören, diese seien jedoch mit dem Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 52 S. 7) nicht kompatibel. Das genannte Zumutbarkeitsprofil habe ab 1. Juli 2017 Gültigkeit.

**3.1.10** Gemäss Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2018 (BB 3) befinde sich der Beschwerdeführer in einem sehr guten Allgemeinzustand, afebril und die kardiopulmonale Auskultation sei unauffällig. Es seien keine pathologischen Lymphknoten fühlbar. Beim rechten Auge bestehe Transparenzverminderung auf der Hornhaut im Limbus lateral und es bestehe temporal eine gerötete Bindehaut. Die Augenmotilität sei indolent und nicht eingeschränkt. Die Sehschärfe sei nicht eingeschränkt. Die Papillen seien isokor und isoreaktiv. Beim Beschwerdeführer bestehe eine limbische und interstitielle Keratitis unklarer Genese. Mit einem positiven Quantiferon sei eine okuläre Tuberkulose nicht ausgeschlossen.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 mitzuberoücksichtigen. 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).

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).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2018 (AB 73) im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2017 (AB 52 S. 4 bis 8) sowie 25. Juni 2017 (AB 71 S. 3 bis 6) gestützt. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Der RAD-Arzt hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Er führt schlüssig und nachvollziehbar aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... aufgrund der Rückenproblematik nicht mehr zumutbar ist, dagegen in einer angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit eine volle Leistungsfähigkeit besteht. Der Umstand, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hat, schadet nicht, da die Voraussetzungen für einen Aktenbericht erfüllt sind, zumal sich der RAD-Arzt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild der Gesundheitssituation machen konnte (vgl. E. 3.2 hiervor). In der Folge ist darauf abzustellen.

**3.3.2** In somatischer Hinsicht sind drei Bereiche auszumachen:

Bezüglich der kardiologischen Probleme – welche unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden – stimmen die Beurteilungen des RAD-Arztes mit den Berichten der behandelnden Kardiologen überein. Diese Beschwerden sind denn auch erfolgreich behandelt worden. Die nach den beiden PTCA während kurzer Zeit attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist nachvollziehbar, während darüber hinaus aus kardiologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Die Kardiologen gehen aufgrund der KHK einlässlich begründet davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine mittelschwere körperliche Arbeit zumutbar ist, wobei Tätigkeiten in Kälte oder Hitze oder unter starken Temperaturschwankungen, Tätigkeiten mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus (insbesondere Schichtarbeit) sowie Tätigkeiten unter atmosphärischem Über-/Unterdruck zu vermeiden sind (vgl. AB 10 S. 6, AB 52 S. 4 bis 8 und AB 42 S. 12). Auf die dieser fachärztlichen Beurteilung entsprechende Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ist somit abzustellen.

Hinsichtlich des orthopädischen Leidens resp. der Rückenbeschwerden (LWS-Problematik) ging Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 31. Mai 2017 (AB 29 S. 4 bis 5) von belastungsabhängigen Beschwerden aus. Er stellte aufgrund des klinischen Befundes keine Indikation zur Operation und empfahl eine gezielte Infiltration sowie eine physiotherapeutische Behandlung. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestierte er dabei dem Beschwerdeführer nicht (vgl. AB 29 S. 2). Auch die behandelnde Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer am 27. Dezember 2017 (AB 42 S. 2 bis 7) mit Bezug auf eine leichte, wechselbelastende und damit den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die von ihr ihm Bericht vom 28. August 2017 (AB 42 S. 4 Ziff. 1.6) bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50% war denn auch auf die bisherige Tätigkeit als ... beschränkt. Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer seit Sommer 2017 nicht mehr in orthopädischer Behandlung befindet und somit aus orthopädischer Sicht schon gar keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden konnte (vgl. AB 27, AB 47.3 und AB 72). Die Einschätzung des RAD-Arztes entspricht damit auch bezüglich der Rückenbeschwerden derjenigen der behandelnden Ärzte.

Was schliesslich die Augenproblematik bzw. die chronisch-rezidivierende Karatokonjunktivitis anbelangt, ist festzuhalten, dass dieser der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der Beurteilung des behandelnden Augenarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimisst (vgl. AB 27 S. 2 Ziff. 1.1, S. 5 Ziff. 1.9 und S. 7).

**3.3.3** Nichts an der Massgeblichkeit der RAD-ärztlichen Beurteilungen ändern zudem auch die Ausführungen des Beschwerdeführers im Rahmen der Stellungnahme vom 11. April 2018. Insbesondere ist festzustellen, dass gemäss dem damit eingereichten Bericht der Universitätsklinik für Infektiologie des B. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2018 (BB 3) die Augenproblematik weder zu Schmerzen noch zu Sehstörungen führt, mithin dadurch – wie bereits erwähnt – die Arbeitsfähigkeit in einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Arbeit nicht beeinträchtigt ist.

**3.3.4** Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, dass der weitere Verlauf des „orthopädischen Problems“, welches sich im Jahr 2017

verschlimmert habe, gar nicht bekannt gewesen sei – und auch niemand Anstalten getroffen habe, diese Informationslücke zu füllen (vgl. Beschwerde S. 2) – ist er nicht zu hören. Es mag zwar zutreffen, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abklären und feststellen muss. Zusätzliche Abklärungen sind jedoch allein dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Hinzu kommt, dass der Untersuchungsgrundsatz indessen nicht uneingeschränkt gilt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2). Der Beschwerdeführer war denn trotz gerichtlicher Aufforderung auch nicht in der Lage, die geltend gemachte Verschlechterung mittels echtzeitlichen Behandlungsberichten zu dokumentieren. Vielmehr bestätigte er im Rahmen der Eingabe vom 11. April 2018 selbst, dass ihn Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht in einer leichten Tätigkeit für arbeitsfähig hält. Wenn der Beschwerdeführer unter leichter Arbeit allerdings eine Tätigkeit versteht, welche nur während zwei bis drei Stunden pro Tag ausgeübt werden könne, ist er darauf hinzuweisen, dass dies nicht den medizinischen Vorgaben entspricht und er damit im Sinne einer Selbstlimitation seine Restarbeitsfähigkeit unzureichend verwerten würde.

**3.4** Zusammenfassend erweisen sich – entgegen der vom Beschwerdeführer pauschal vorgetragenen und nicht weiter begründeten Kritik (vgl. Beschwerde S. 2) – die Berichte resp. das medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil des RAD-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2017 (AB 52 S. 4 bis 8) und 25. Juni 2017 (AB 71 S. 3 bis 6) ohne weiteres als nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Es besteht damit kein Anlass, hiervon abzuweichen. Deshalb ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit besteht dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. In einer solchen Tätigkeit müssen folgende Anforderungen vermieden werden: Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen und Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopparbeiten, das Besteigen von Leitern,

repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise können Gewichte von 10 bis 15 kg gehoben und getragen werden. Im Zusammenhang mit der KHK sind sowohl Tätigkeiten in Kälte und Hitze oder unter starken Temperaturschwankungen als auch Tätigkeiten mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus sowie unter atmosphärischem Über- resp. Unterdruck zu vermeiden.

**3.5** Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten hinreichend abgeklärt, womit im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) die Beschwerdegegnerin auf weitere Beweismassnahmen bzw. die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (vgl. AB 66) zu Recht verzichtet hat und von einem solchen mangels glaubhaft gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten wären.

#### **4.**

**4.1** Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Anspruchsbeginns 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Ent-

scheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** 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). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

**4.1.3** Die von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Invaliditätsbemessung resp. der Einkommensvergleich (AB 73) wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Allerdings bestehen aufgrund der im individuellen Konto der AHV (AB 22) eingetragenen Jahreseinkommen Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer nach der im Januar 2014 erfolgten Einreise (AB 7) zu keiner Zeit in einem vollzeitlichen Pensum erwerbstätig war. Ob der Beschwerdeführer aufgrund seiner offenkundig vorbestehenden (und allenfalls bei der schweizerischen Invalidenversicherung nicht versicherten) gesundheitlichen Einschränkungen oder aus freien Stücken nicht voll erwerbstätig war, kann indessen vorliegend offen bleiben. Denn selbst unter der von der Beschwerdegegnerin hypothetisch getroffenen und für den Beschwerdeführer günstigeren Annahme einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit als ‚...‘ (vgl. dazu AB 8, S. 2) auf der Basis des für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgeblichen Tabellenlohnes (LSE 2014, Tabelle TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1; vgl. dazu E. 4.1.1 f. hiervor sowie BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2) resultiert, wie nachfolgend dargelegt wird, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der IV-Grad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 25. November 2016, 9C\_532/2016, E. 3.1). Damit erreicht der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers bei einer

Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % für körperlich angepasste, leichte und wechselbelastende Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) die rentenerhebliche Schwelle von 40 % so (leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 5% gemäss angefochtener Verfügung [AB 73]) oder anders (der Maximalabzug vom Tabellenlohn beträgt 25% [BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2] und wäre im vorliegenden Fall ohnehin nicht gerechtfertigt) nicht. Ein Anspruch auf eine Rente bestünde schliesslich selbst dann nicht, wenn das Valideneinkommen nicht auf der Basis des Totalwertes der LSE, sondern gestützt auf den für Tätigkeiten im Landverkehr massgeblichen Tabellenwert (TA1, Ziffern 49-52) festgesetzt würde, liegt doch dieser Wert mit Fr. 235.-- oder 4,42% nur unwesentlich über dem Totalwert.

**4.2** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass kein rentenbegründender IV-Grad resultiert.

## **5.**

Nach dem Dargelegten fehlt es beim Beschwerdeführer an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2018 (AB 73) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## **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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**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):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.