

200 18 148 IV  
KOJ/COC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Oktober 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Januar 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1987 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 8. Oktober 2015 unter Hinweis auf eine Migräne mit Aura, psychische Probleme und posttraumatische Beeinträchtigungen/Defizite bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei gewährte sie vom 2. August bis 1. November 2016 ein Belastbarkeits-training (AB 56), welches per 28. September 2016 mit der Begründung abgebrochen wurde, der Versicherte habe sich nicht in der Lage gefühlt, dieses weiterzuführen und die Präsenz weiter zu erhöhen (AB 68, 77). Im weiteren Verlauf liess die IVB den Versicherten in der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ interdisziplinär (neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch) begutachten (Expertise vom 19. Februar 2017; AB 87.2). Gestützt auf die getätigten Erhebungen stellte sie mit Vorbescheid vom 5. April 2017 (AB 91) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 30% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 97). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 113) und nach Einholung einer Stellungnahme der Fachärzte der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ (AB 118) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 27. November 2017 (AB 120) bei einem ermittelten IV-Grad von 30% wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 124). Am 29. Januar 2018 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 130).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 20. Februar 2018 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 29. Januar 2018 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, das verbleibende Leistungsvermögen des Beschwerdeführers unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens rechtsgenügend abzuklären und auf dieser Basis über seinen Rentenanspruch erneut zu entscheiden.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 8. Mai 2018 und Duplik vom 5. Juni 2018 hielten die Parteien an ihren Ausführungen und Anträgen fest.

### **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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. Januar 2018 (AB 130). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall

anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**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 Dreiviertelrente, 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 IV-Grad 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** Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.1.1** Im Bericht der Neuropsychologie der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2015 (AB 21) wurden eine Migräne mit Aura, ein Status nach Schädel-Hirn-Trauma in der Kindheit sowie inzidentelle Aneurysmen der Arteria carotis interna (ICA) links und der Arteria cerebri anterior (ACA) links diagnostiziert (S. 2). Das in der neuropsychologischen Untersuchung objektivierte kognitive Leistungsprofil könne insgesamt als altersentsprechend gewertet werden. Es hätten sich einzig grenzwertige bis leicht verminderte Leistungen in den exekutiven Teilfunktionen gezeigt. Die subjektiv berichteten kognitiven Defizite (reduzierte Konzentrationsfähigkeit) habe sich testpsychologisch nicht nachweisen lassen. Auf der kognitiven Ebene seien keine relevanten Beeinträchtigungen bei der beruflichen Tätigkeit zu erwarten. Es bestünden aber Hinweise auf eine leichte bis mittelschwere Depressionssymptomatik (S. 4).

**3.1.2** Auf Veranlassung des Krankentaggeldversicherers des Beschwerdeführers fand eine neurologische Begutachtung in der E.\_\_\_\_\_ (MEDAS) statt. In der Expertise vom 16. Dezember 2015 (AB 46 S. 3 ff.) wurden eine Migräne mit Aura, vasomotorische Kopfschmerzen, Aneurysmata der ICA links und ACA links und ein Status nach Schädel-Hirn-Trauma in der Kindheit diagnostiziert (S. 7). Der Beschwerdeführer leide gemäss eigenen Angaben an mindestens zehn Migränekopftagen im Monat. Dazu kämen noch zehn Tage mit sehr unangenehmen Spannungskopfschmerzen (S. 5). Die durchgeführten Untersuchungen hätten einen vollständig normalen neurologischen und einen fast vollkommen unauffälligen neuropsychologischen Befund ergeben. Allerdings habe eine depressive Stimmungslage bestanden. Die (im Zusammenhang mit den bestehenden Kopfschmerzen) durchgeführte Symptombehandlung sei nicht ideal. Es sei noch nie über längere Zeit eine prophylaktische Behandlung durchgeführt worden. Deshalb werde eine solche mit Topamax und zusätzlich ein Versuch mit einer anderen Anfallsbehandlung (Antimigränikum) empfohlen. Ein nicht-steroidales Antirheumatikum könne zusätzlich verordnet werden. Auf diese Weise sollte in wenigen Wochen eine Besserung erzielt werden.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei enorm schwierig. Es habe bis jetzt nie eine längerdauernde Festanstellung zu 100% bestanden. Zusammenfassend werde vorgeschlagen, dass die Arbeitsfähigkeit aktuell 50% betrage und die prophylaktische Behandlung sofort begonnen werde. Nach dem chirurgischen Eingriff (Clipping der bestehenden Aneurysmata) könnte die Arbeitsfähigkeit 100% betragen. Falls keine Besserung zu erreichen wäre, käme eine Neubeurteilung in Frage (S. 8).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2016 (AB 29) wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein inzidentelles Aneurysma der ICA links mit Kraniotomie und Clipping am 15. Februar 2016 und Re-Kraniotomie und Liquorfistel-Verschluss am 18. Februar 2016 diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Migräne mit Aura aufgeführt (S. 1). Ferner wurde vom 14. Februar bis 6. April 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Nach der sechswöchigen postoperativen Genesung seien keine Einschränkungen zu erwarten (S. 3).

**3.1.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 13. April 2016 (AB 34) im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), eine Migräne mit Aura (ICD-10 G43.1), chronische Spannungskopfschmerzen, einen Zustand nach operativer Versorgung eines Aneurysmas sowie einen Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (S. 2). Der Beschwerdeführer klagt über chronisch starke Kopfschmerzen, häufige Migräneattacken, Nackenverspannungen und dadurch über eine starke Erschöpfung. Die chronischen Schmerzen und die Depressionen führten zu starken Antriebs- und Konzentrationsdefiziten. Zudem sei er kaum noch in der Lage gewesen, alltägliche Tätigkeiten zu verrichten. Die Erwerbstätigkeit sei aufgrund der depressiven Symptomatik nicht zumutbar gewesen. Aktuell könne er nicht mehr als 40% arbeiten, was mehrere Versuche in der Vergangenheit gezeigt hätten (S. 4).

**3.1.5** Der RAD-Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 3. Mai 2016 (AB 36) aus, die von der behandelnden Psychiaterin geschilderte depressive Verstimmung erreiche den zu fordernden Verlauf und Schweregrad einer depressiven Störung nach ICD-10 nicht. Es werde kein nachvollziehbarer rezidivier-

ender Krankheitsverlauf mit eingrenzbaeren Phasen beschrieben und im ärztlichen Befund würden keine eindeutigen objektiven Befunde, sondern eine Vielzahl von subjektiven Einschätzungen des Beschwerdeführers aufgezählt. Zudem seien in der neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik D.\_\_\_\_\_ keine beruflich relevanten Einschränkungen nachweisbar gewesen (S. 1). Es sei vielmehr von depressiven Verstimmungen mit resignativer Haltung bei einer zugrundeliegenden schmerzhaften organischen Erkrankung in Form einer langjährigen Migräneerkrankung auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die letztmalige Tätigkeit als ... zumutbar (S. 2).

**3.1.6** Im weiteren Verlauf wurde der Beschwerdeführer durch die Fachärzte der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ interdisziplinär begutachtet. In der Expertise vom 19. Februar 2017 (AB 87.2) wurden eine Migräne mit und ohne Aura, häufige episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, eine unspezifische neuropsychologische Funktionsstörung mit Verdacht auf Verdeutlichungstendenz sowie ein Status nach Clipping eines Aneurysmas im Bereich der ICA links und nach Schädel-Hirn-Trauma in der Kindheit diagnostiziert (S. 31 Ziff. 6). Aus somatisch-neurologischer Sicht hätten die durchgeführten klinischen Untersuchungen keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Auch im Psychostatus fänden sich keine psychopathologischen Störungen, insbesondere keine Hinweise für eine relevante Depression, was sich mit den anamnestischen Angaben und der positiven Zukunftsorientierung des Beschwerdeführers decke (S. 26). Aus neuropsychologischer Sicht weise das Befundmuster der Evaluation auf eine leichte kognitive Funktionsstörung hin, welche sich insbesondere in den Bereichen der Aufmerksamkeitsfunktionen sowie auf der Verhaltensebene manifestiere (S. 27). Anhand der Aktenlage, der Anamnese sowie der erhobenen klinischen Befunde ergäben sich (jedoch) einige Diskrepanzen im Hinblick auf die geschilderten Beschwerden und die damit verbundenen geschilderten Einschränkungen im Berufsleben einerseits und die seit der Kindheit und Jugend verfolgte intensive sportliche Aktivität sowie die insgesamt unauffälligen klinischen Befunde andererseits. Insbesondere bestehe anhand der Anamnese eine Inkongruenz zu den angegebenen Einschränkungen im Alltags- und Berufsleben und der intensiven und regelmässigen sportlichen Aktivität des Beschwerdeführers. Zum anderen fänden sich Diskrepanzen

zwischen der anamnestisch angegebenen Konzentrationsstörung und der vierstündigen problemlos absolvierten neuropsychologischen Untersuchung, bei der keine wesentlichen Konzentrationsstörungen hätten festgestellt werden können. Die deutlich auffälligen Symptomvalidierungstests legten eine eindeutige Tendenz zur Verdeutlichung/Aggravation nahe (S. 28). Die Diskrepanzen seien wahrscheinlich vor dem Hintergrund einer psychischen Störung (möglicherweise in Zusammenhang mit bewusstseinsfernen Verdeutlichungstendenzen) zu verstehen (S. 27). Unter Berücksichtigung der Verdeutlichung der Beschwerden dürfte in etwa eine minimale neuropsychologische Störung vorliegen (S. 28 oben). Im Zusammenhang mit den bestehenden Kopfschmerzen legten die Gutachter dar, gemäss Klassifikation der internationalen Kopfwehgesellschaft handle es sich um eine Migräne mit und ohne Aura und um einen häufigen episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp (S. 28). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers lägen insgesamt ca. 20 Kopfwehtage pro Monat vor. Aufgrund der Anamnese mit vegetativer Begleitsymptomatik an bis zu sieben Kopfwehtagen sei von ca. sieben Migräneattacken pro Monat auszugehen (S. 25 f.). Es sei möglich, dass soziale und wirtschaftliche Faktoren in Zusammenhang mit der immer wieder attestierten Arbeitsunfähigkeit stünden. Angesichts der offenbar weiterhin mit recht grossem Einsatz verfolgten Freizeitaktivitäten (...), die in deutlicher Diskrepanz zur seit Februar 2015 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit stünden, könnten auch Aspekte der Motivation in Bezug auf die Arbeitstätigkeit relevant sein (S. 28). Die Bemessung der Arbeitsfähigkeit bei einer Migräne sei komplex. Sie erfolge arbiträr basierend auf objektiven und aus Erfahrung mit Migräne-Patienten abgeleiteten Kriterien. In Anwendung dieser Kriterien belaufe sich die Beeinträchtigung, d.h. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit, auf ca. 30% (100%-iges Arbeitspensum mit ca. 30%-iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit; S. 30 und S. 33 Ziff. 7). Das sei insofern eine idealtypische Beurteilung, als sich diese nicht an den spezifischen Anforderungen eines Berufes orientiere (z.B. Arbeitstempo, Genauigkeit etc.) und auch nicht eine frei einteilbare Tätigkeit (wie eine selbständige Tätigkeit) berücksichtige, bei welchen eine höhere Leistungsfähigkeit bzw. eine tiefere Beeinträchtigung erwartet werden könnte. Hinweise für eine relevante und dauerhafte Einschränkung der körperlichen und geistigen Integrität beständen dagegen nicht (S. 30).

**3.1.7** Der RAD-Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_\_ wiederholte im Bericht vom 30. März 2017 (AB 90) die im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2017 erhobenen Diagnosen (S. 14). Bezüglich des Zumutbarkeitsprofils könne auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ abgestellt werden. Somit sei die bisherige wie auch jede angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar mit einer Leistungseinschränkung von 30% (S. 15).

**3.1.8** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2017 (AB 97 S. 10 ff.) wurde im Wesentlichen eine chronische Migräne auf dem Boden einer Migräne mit typischer Aura diagnostiziert. Während der Migräneattacke beständen zum Teil ein massiver Kopfschmerz, eine Lärm- und Lichtempfindlichkeit, eine Übelkeit und meist Konzentrationsschwierigkeiten sowie Müdigkeit. Dies schränke die Arbeitsfähigkeit deutlich ein. Manche Menschen seien daher in der Migräneattacke zu 100% arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer leide nach eigenen Angaben an 21 Tagen pro Monat unter starken Migräneattacken, was zu einer entsprechenden Arbeitseinschränkung von 60% bis 80% führe (S. 10 f.).

**3.1.9** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens und auf Empfehlung des RAD (AB 113 und 114) nahmen die Fachärzte der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ am 14. November 2017 insbesondere zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nochmals Stellung (AB 118). Die Angaben bezüglich Zahl der Kopfwehtage im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2017 (21 Tage) und im Gutachten der MEDAS vom 16. Dezember 2015 (mind. zehn Migränekopfwehtage und zehn Tage mit Spannungskopfweg) stimmten mit den aktuellen Angaben des Beschwerdeführers weitgehend überein, wobei – gemessen am für Migräne charakteristischen Vorliegen einer vegetativen Begleitsymptomatik – aktuell eher von sieben Migränetagen pro Monat auszugehen sei. Die Spannungskopfschmerzen spielten für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit keine Rolle, da diese im Normalfall keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingten. In zahlreichen epidemiologischen Studien zum Thema Kopfschmerz werde die erhaltene Arbeitsfähigkeit vielmehr als definierend für den Spannungskopfschmerz verwendet; dies in Abgrenzung zur Migräne. Für die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit würden im Wesentlichen die Zahl der Migränetage und

nicht die der Spannungskopfschmerztag herbeigezogen (S. 2). In Annahme von zehn Migränetagen pro Monat (den aktuellen anamnestischen Angaben mit Vorliegen vegetativer Begleitsymptome folgend eher ca. sieben Migränetage pro Monat) und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Episoden mit Spannungskopfschmerzen nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führten, sei von maximal ca. sieben Migräneepisoden pro Monat auszugehen, die auf Arbeitstage fallen würden. Wenn man eine Regelarbeitszeit von 21.5 Arbeitstagen pro Monat zu Grunde lege, sei davon auszugehen, dass in ca. 30% der Arbeitstage eine Migräneattacke vorliege. Selbst wenn jede einzelne Migräneepisode zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würde (was im Normalfall bei Migränepatienten nicht der Fall sei), sei die Arbeitsunfähigkeit daraus folgend nicht höher als 30% anzusiedeln (S. 3).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Die Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten

sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 19. Februar 2017 (AB 87.2) samt Stellungnahme vom 14. November 2017 (AB 118) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Darauf ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

**3.3.1** Die Gutachter haben einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einer Migräne mit und ohne Aura, häufigen episodischen Spannungskopfschmerzen, einer unspezifischen neuropsychologischen Funktionsstörung mit Verdacht auf Verdeutlichungstendenz sowie einem Status nach Clipping eines Aneurysmas im Bereich der ICA links und nach Schädel-Hirn-Trauma in der Kindheit leidet und dass die angestammte sowie jede andere Tätigkeit (aus medizinisch-theoretischer Sicht) zu 100% zumutbar ist mit einer Leistungsminderung von 30% aufgrund der bestehenden Migräne (AB 87.2 S. 30, S. 31 Ziff. 6, S. 33 Ziff. 7; vgl. auch AB 118 S. 2 f.). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde im weiteren Verlauf durch den RAD-Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_\_ bestätigt (Bericht vom 30. März 2017; AB 90 S. 15). Dass weder aus somatisch-neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht (ausser der Migräne; vgl. aber E. 3.3.2 in fine) ein relevanter, die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden besteht (AB 87.2 S. 26, S. 30), steht zudem im Einklang mit den vorliegenden Akten. So stellten die Fachärzte der MEDAS ebenfalls einen normalen neurologischen Befund fest (AB 46 S. 8). Ferner attestierten die behandelnden Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. März 2016 (AB 29) im Zusammenhang mit der operativen Sanierung des Aneurysmas der ICA links keine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 3). Soweit die behandelnde Psychiaterin im Bericht vom 13. April 2016 (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert hat (AB 34 S. 2), hat der RAD-Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Mai 2016 einlässlich dargelegt, warum die geschilderte depressive Verstimmung den zu fordernden Verlauf und Schweregrad einer depressiven Störung nicht erfüllt und dass (aus psychiatrischer Sicht) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (AB 36 S. 1 f.). Gegenteiliges wird denn auch nicht geltend gemacht.

An der schlüssigen Beurteilung der Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ ändert nichts, dass die behandelnden Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Mai 2017 aufgrund der diagnostizierten chronischen Migräne eine Arbeitsunfähigkeit von 60% bis 80% attestiert haben (AB 97 S. 10 f.). Denn eine nachvollziehbare Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt darin. Zum einen haben die behandelnden Ärzte die Arbeitsfähigkeit auf der Basis der Angabe, dass „manche Menschen“ bei einer Migräneattacke zu 100% arbeitsunfähig seien, und damit nach einem allgemein-pauschalen Erfahrungswert beurteilt (AB 97 S. 10), was bezogen auf den hier zu prüfenden konkreten Einzelfall nicht zu überzeugen vermag. Zum anderen haben sie ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die Aussage des Beschwerdeführers, dass er aufgrund der bestehenden Migräne unter Konzentrationsstörungen resp. -schwierigkeiten leide, getroffen (AB 97 S. 11). Solche Konzentrationsstörungen konnten jedoch weder in der neuropsychologischen Untersuchung in der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ (AB 87.2 S. 23, S. 28) noch in derjenigen in der Klinik D.\_\_\_\_\_ nachgewiesen werden (AB 21 S. 4). Auch die Untersuchung in der MEDAS ergab einen fast vollkommen unauffälligen neuropsychologischen Befund (AB 46 S. 8). Darüber hinaus haben sich die Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2017 (AB 118) insbesondere mit dem Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2017 (AB 97 S. 10 ff.) auseinandergesetzt und nachvollziehbar aufgezeigt, dass nicht alle vom Beschwerdeführer geschilderten und von den behandelnden Ärzten berücksichtigten 21 Kopfwehtage Migräneattacken darstellten, sondern dass daneben auch Spannungskopfschmerzen bestehen, welche jedoch definitionsgemäss keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Weiter haben die Gutachter einlässlich und schlüssig dargelegt, dass (gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers) von sieben auf

Arbeitstage fallende Migräneattacken pro Monat auszugehen ist, was unter Berücksichtigung einer Regelarbeitszeit von 21.5 Tagen eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30% ergibt (AB 118 S. 2 f.). Damit erweist sich die attestierte Arbeitsfähigkeit auch – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 oben) – als hinreichend individuell (auf den Beschwerdeführer bezogen) hergeleitet. Bezüglich der von den Gutachtern attestierten Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 30% ist ferner darauf hinzuweisen, dass diese Einschätzung insoweit durchaus zu Gunsten des Beschwerdeführers ausfällt, als eine Migräneattacke nicht zwingend zu einer ganztägigen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit führen muss (AB 118 S. 3).

Die schlüssige Beurteilung der Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ vermag auch der Umstand, dass im Gutachten der MEDAS vom 16. Dezember 2015 insbesondere aufgrund der bestehenden Migräne-Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert worden ist (AB 46 S. 8 f.), nicht in Zweifel zu ziehen. Eine Begründung der attestierten Arbeitsfähigkeit fehlt in diesem Gutachten vollständig. Zudem wurde im besagten Gutachten keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, sondern es wurde lediglich ein „Vorschlag“ abgegeben (AB 46 S. 8), weshalb bereits deshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

**3.3.2** Zu klären bleibt die Relevanz der bestehenden Migränekopfschmerzen und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung. Insoweit ist dem Beschwerdeführer zuzustimmen (Beschwerde S. 5 ff. Art. 3), dass vorliegend eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.1 hiervor) zu erfolgen hat (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Oktober 2017, 9C\_366/2017, E. 3.1), wobei das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 und Replik S. 2 Ziff. 2) – hinreichend Aufschluss für die zuverlässige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren bietet. Eine entsprechende Prüfung wurde von der Beschwerdegegnerin anlässlich der Beschwerdeantwort denn auch vorgenommen und der Beschwerdeführer erhielt im Rahmen der Replik Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen.

Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der Migränekopfschmerzen ist vorab festzuhalten, dass die durch den neuropsychologischen Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ durchgeführten Symptomvalidierungstests eine Tendenz zur Verdeutlichung/Aggravation nahelegten. So wurde im Gutachten insbesondere auf die Diskrepanzen zwischen den anamnestisch angegebenen Konzentrationsstörungen und der vierstündigen problemlos absolvierten neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen (AB 87.2 S. 28). Damit liegt zwar noch kein Ausschlussgrund in Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49), jedoch ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6), dass dies auf eine geringere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde hinweist, als sie vom Beschwerdeführer geltend gemacht worden sind.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist (zudem) festzuhalten, dass gemäss Gutachter eine mittelgradige Verlaufsform der Migräne vorliegt (AB 87.2 S. 30), was ausgehend vom Umstand, dass bis zu zehn (resp. sieben auf Arbeitstage fallende) Migräneattacken im Monat auftreten (AB 118 S. 2 f.), überzeugt. Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die bislang durchgeführten Therapiemassnahmen gemäss Gutachten nicht mit letzter Konsequenz verfolgt worden sind (AB 87.2 S. 30). Zudem wurde die Eingliederungsmassnahme namentlich aufgrund der häufigen Absenzen des Beschwerdeführers (14 Absenzen zwischen dem 2. August und 28. September 2016; AB 77 S. 1 f.) abgebrochen. Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Eine massgebende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht nicht. Die diagnostizierten Spannungskopfschmerzen wurden von den Gutachtern der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ – wie bereits dargelegt worden ist – als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (AB 118 S. 2 f.), womit auch keine Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind. Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind nicht ersichtlich

(BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Er lebt in einer Partnerschaft und hat viele kollegiale Beziehungen vor allem vom ... her (AB 87.2 S. 16, S. 19).

Des Weiteren sind in der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Diesbezüglich wiesen die Gutachter eindrücklich auf die bestehende Inkongruenz zwischen den angegebenen Einschränkungen im Berufsleben und der intensiven und regelmässigen sportlichen Aktivität des Beschwerdeführers hin (AB 87.2 S. 28; er trainiere gemäss eigenen Angaben zwei bis drei Mal pro Woche ... und nehme regelmässig an Matches teil; AB 87.2 S. 13). Der ebenfalls zur Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörende Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ ist als erfüllt zu betrachten, nachdem der Beschwerdeführer seit Jahren therapeutische Optionen in Anspruch nimmt.

Nach dem Dargelegten ist es im Rahmen einer umfassenden Betrachtung der massgebenden Indikatoren fraglich, ob den bestehenden Migränekopfschmerzen eine invalidisierende Wirkung zukommt. Diese Frage braucht jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden, da selbst bei der Annahme einer 70%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. E. 4.3 hiernach).

**3.4** Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die angestammte Tätigkeit als ... zu 100% zumutbar ist mit einer Leistungsminderung von (maximal) 30%. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

## **4.**

### **4.1**

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**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 Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300; 129 V 222). Da der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als ... weiterhin zu 100% mit einer Leistungsminderung von maximal 30% zumutbar ist (vgl. E. 3.4 hiervor), war er nicht im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig. Weil die Beschwerde aber – wie nachfolgend dargelegt – selbst unter der Annahme eines erfüllten Wartejahres abzuweisen ist, kann der Einkommensvergleich vorliegend – ausgehend von der Anmeldung zum Leistungsbezug im Oktober 2015 (AB 1) und in Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG – auf das Jahr 2016 hin festgelegt werden.

**4.3** Es ist unbestritten und aufgrund der Akten anzunehmen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... tätig wäre. Da er seine letzte Arbeitsstelle jedoch nur knapp ein Jahr inne hatte und er diese zudem aus invaliditätsfremden Gründen verlor („unterschiedliche Auffassung der Aufgaben im ...“; AB 15 S. 1), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2014, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 2, Ziff. 69-71 [freiberufliche und technische Dienstleistungen]) ermittelt hat (AB 130 S. 2). Ferner hat der Beschwerdeführer, der in seiner angestammten Tätigkeit zu (mindestens) 70% arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. E. 3.3.2 und 3.4 hiervor), keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das hypothetische Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu bestimmen ist (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Da somit sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln ist, erübrigt sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C\_358/2017, E. 2.2; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323). Ein solcher Abzug ist vorliegend nicht gerechtfertigt. Die behinderungsbedingten Einschränkungen

sind bereits im Rahmen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit berücksichtigt und allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) wären bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Damit resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von (maximal) 30% (vgl. E. 2.2 hiervor).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung (jedenfalls im Ergebnis) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **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** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.