

200 18 226 IV  
SCI/REL/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. August 2018**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Bischof

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Februar 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1956 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde durch seinen Arbeitgeber am 26. Januar 2017 aufgrund einer seit dem 28. Mai 2016 attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Am 5. Februar 2017 meldete er sich unter Hinweis auf „Psychische Probleme, Augenflimmern, Schwindel, inneres Zittern“ selber zum Leistungsbezug an (AB 6). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und liess – nach Vorlage der Akten an ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [AB 28 und AB 29]) – den Versicherten psychiatrisch begutachten (AB 32). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 29. Oktober 2017 (AB 36.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2017 (AB 37) die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 15 % in Aussicht. Am 12. Februar 2018 (AB 38) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und wies das Leistungsbegehren mangels rentenbegründenden IV-Grads ab.

### **B.**

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ – am 15. März 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung; es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Sachverhalt mittels eines polydisziplinären Gutachtens neu abzuklären, eventualiter sei ihm mindestens eine Dreiviertelsrente, mindestens aber eine halbe Rente ab dem 1. Juli 2017 auszurichten.

In der Beschwerdeantwort vom 23. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 12. Mai 2018 liess der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte zu den Akten reichen und das Eventualbegehren dahingehend präzisieren, dass ihm Eingliederungsmassnahmen sowie eine Rente zu gewähren seien.

Mit Duplik vom 5. Juni 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest und verwies auf die Ausführungen in der Beschwerdeantwort.

Am 26. Juni 2018 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers weitere medizinische Berichte zu den Akten und nahm erneut Stellung.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. Februar 2018 (AB 38), mit welcher der Anspruch auf eine Rente verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung sind Eingliederungsmassnahmen, weshalb – unbesehen der Frage der Rechtzeitigkeit – auf den mit der Eingabe vom 12. Mai 2018 gestellten Antrag auf Eingliederungsmassnahmen nicht eingetreten werden kann.

**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).

**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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.3.1** Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

**2.3.2** 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).

**2.3.3** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf

der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz).

**2.4** 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).

**2.5** 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** Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Nachdem Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Supraspinatussehnenruptur rechts und Tenopathie der langen Bicepssehne am 22. Oktober 2010 mit einer offenen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion operativ versorgt hatte (vgl. AB 24 S. 85 f.), hielt er im Bericht vom 23. Juni 2011 (AB 24 S. 78) fest, dass der Beschwerdeführer mit dem Verlauf sehr zufrieden und es zu einer deutlichen Verbesserung der Gesamtsituation gekommen sei.

**3.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. März 2013 (AB 24 S. 74 ff.) eine Lumboischialgie rechts bei Spinalkanalstenose L4/5. Eine Discushernie habe nicht festgestellt werden können, respektive sei bei der grobkörnigen Untersuchung nicht beurteilbar (S. 75). Für die Zeit vom 7. Februar 2013 bis zum 31. März 2013 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert, anschliessend im April versuchsweise eine solche von 40 %.

**3.1.3** Die Fachärzte des Spitals E.\_\_\_\_\_ (Neurozentrum), nannten in ihrem Austrittsbericht vom 3. Juni 2016 (AB 21 S. 7 ff.) als Diagnosen eine unklare Symptomatik mit Schwindel, Nausea, Unschärfe sehen, Diplopie seit 24. Mai 2016, eine ausgeprägte linksventrikuläre kardiale Hypertrophie sowie eine Katarakt rechts > links. Auch in der augenärztlichen Untersuchung bleibe die Ursache der Symptome bei fehlender klarer Zuordnung der Sehstörung/der Doppelbilder zu einem oder mehreren Hirnnerven unklar.

Im Bericht vom 30. November 2016 (AB 21 S. 3 f.) zur Neurologischen Schwindelsprechstunde am Neurozentrum wurden die Diagnosen eines persistierenden Schwankschwindels, differentialdiagnostisch einer sekundären somatoformen Symptomausweitung bei möglicher vestibulärer Migräne, einer hypertensiven Kardiomyopathie sowie einer Katarakt beidseits gestellt. Als Ursache des Benommenenschwindels ergebe sich die Diagnose eines sekundär somatoformen Schwankschwindels (S. 4). Häufig folge der somatoforme Schwankschwindel organischen (Schwindel-)Erkrankungen, in diesem Falle einer vestibulären Migräne.

Im Bericht vom 13. Februar 2017 (AB 21 S. 1 f.) wurden die im November 2016 gestellten Diagnosen wiederholt. Der Beschwerdeführer klagt über weiterhin fluktuierende Schwindelbeschwerden und intermittierende Doppelbilder (S. 2). Die Symptomatik habe sich jedoch seit Dezember deutlich gebessert. Eine medikamentöse Therapie lehne der Beschwerdeführer aktuell ab, da der Leidensdruck diesbezüglich nicht sehr hoch sei.

**3.1.4** Anlässlich der Sprechstunde Kardio-Onkologie diagnostizierten die Fachärzte des Spitals E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Oktober 2016 (AB 20 S. 8) eine hypertensive Kardiopathie, einen unklaren, ungerichteten Schwindel sowie einen Status nach Katarakt-Operation beidseits. Es fänden sich Befunde, die mit einer hypertensiven Kardiopathie vereinbar seien, die Schwindelsymptomatik sei schwierig durch die beschriebene kardiale Diagnostik zu erklären (S. 9). Eine weitere konsequente Therapie der Hypertonie sei wichtig.

**3.1.5** Im Orthoptik-Bericht vom 25. Oktober 2016 (AB 21 S. 5 f.) diagnostizierten die Fachärzte des Spitals E. \_\_\_\_\_ einen Blepharospasmus an beiden Augen, am ehesten funktionell, und Sicca-Symptome bei Blepharitis an beiden Augen. Bei der Untersuchung habe eine klare Ablenkbarkeit beobachtet werden können, der Blepharospasmus sei nur vorhanden gewesen, wenn der Beschwerdeführer sich auf die Augen konzentriert habe, weshalb eine funktionelle Ätiologie vermutet werde.

**3.1.6** Die behandelnde Psychologin F. \_\_\_\_\_ der Klinik G. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannte in ihrem Bericht vom 5. April 2017 (AB 25) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven

Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eines persistierenden Schwankschwindels, eines Status nach Katarakt-Operation beidseits mit postoperativem Augenflimmern sowie einer hypertensiven Kardiomyopathie. Der Beschwerdeführer sei teilarfähig, eine Belastungssteigerung sei mehrmals gescheitert, unter einer 50 %igen Arbeitstätigkeit sei er stabil (S. 4). Vom 24. Mai bis Ende Oktober 2016 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit November 2016 bestehe bis Ende April 2017 eine solche von 50 %. Körperlich beständen Einschränkungen durch das Augenflimmern und den Schwindel, geistig seien Konzentrationsstörungen und eine eingeschränkte Wahrnehmungs- und Auffassungsfähigkeit vorhanden (S. 5). Psychisch sei der Affekt labil, der Antrieb leicht vermindert und eine erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden.

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 13. Juli 2017 (AB 29) – nach Einholen einer Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2017 (AB 28) – fest, dass beim Beschwerdeführer eine hypertensive Kardiopathie, ein sekundär somatoformer Schwankschwindel, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) vorlägen (S. 8). Aus rein somatischer Sicht seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar mit einer Gewichtslimite von 15 kg. Vorwiegendes Stehen, das Besteigen von Leitern und Gerüsten und Tätigkeiten mit Absturzgefahr seien zu vermeiden. Somit sei ihm die bisherige Tätigkeit als ... weiterhin zumutbar, sofern dort keine schweren Gewichte gehoben und getragen werden müssten und keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten resp. an Arbeitsplätzen mit Absturzgefahr ausgeführt werden müssten. Aus rein psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... ebenfalls noch zumutbar, dies jedoch in einem Pensum von sechs bis sieben Stunden und einer zusätzlichen Leistungsminderung von 40 % seit November 2016. Aufgrund der deutlich beeinträchtigten Umstellungsfähigkeit sei eine Umsetzung auf eine andere Tätigkeit nicht zu empfehlen, da es dabei zu einer weiteren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit kommen werde, als dies in der angestammten Tätigkeit bereits der Fall sei.

**3.1.8** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 29. Oktober 2017 (AB 36.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme autonome Funktionsstörung mehrerer Organe und Systeme (ICD-10: F45.37) und ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4 [S. 13]). Aufgrund der somatoformen autonomen Funktionsstörung sowie der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge lasse sich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 % begründen (S. 19). Die Leistungsfähigkeit sei darin mitberücksichtigt und für jegliche alternative Tätigkeit bestehe keine höhere Arbeitsunfähigkeit. Retrospektiv habe gemäss den Akten eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit zwischen dem 28. Mai und dem 31. Oktober 2016 bestanden, danach eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, in welchem Pensum der Beschwerdeführer heute noch arbeite. Folge man den Angaben des Beschwerdeführers, so sei seit Februar 2017 von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (S. 20). Der Zustand habe sich offenbar verbessert, es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auch für die Zukunft auszugehen. Die von der behandelnden Psychologin im April 2017 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom könne nicht bestätigt werden, seit Februar 2017 sei diese Störung remittiert und die dort attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne nicht bestätigt werden (S. 21). Wenn der Beschwerdeführer davon ausgehe, dass er wegen seinen Beschwerden nur zu 50 % arbeitsfähig sei, lasse sich dies aus psychiatrisch versicherungsmedizinischer Sicht nicht bestätigen, sondern liege vielmehr eine subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie eine dadurch bedingte Selbstlimitierung vor. Insbesondere bei der Schilderung des Verlaufs seiner depressiven Verstimmungen seit November 2016 zeigten sich deutliche Inkonsistenzen und Aggravationstendenzen.

**3.1.9** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Ambulatoriums Psychosomatische Medizin am Spital E. \_\_\_\_\_, führte am 8. März 2018 gegenüber der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Beschwerdebeilage [BB] 7) die Diagnosen einer Gangunsicherheit unklarer Genese, am ehesten im Rahmen einer Polyneur-

opathie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, sowie Augenflimmern und Doppelbilder unklarer Genese bei noch ausstehender ophthalmologischer Abklärung auf. Für das Vorliegen einer Angst-/Panikstörung und eine ausgeprägte somatoforme Komponente des Schwindels ergebe sich bei der Erstkonsultation kein klarer Hinweis. Vielmehr bestehe ein Verdacht auf eine wahrscheinlich aethyltoxisch bedingte, neurologische Grunderkrankung, welche sich auf diversen Ebenen manifestiere. Affektiv erscheine der Beschwerdeführer bei bekannt rezidivierender Störung mit vorübergehender Suizidalität im Jahr 2015 aktuell leicht bis mittelgradig niedergestimmt mit beklagter innerer Unruhe und dabei unauffälliger Psychomotorik.

**3.1.10** Die Fachärzte des Neurozentrums des Spitals E.\_\_\_\_\_ diagnostizierten nach erneuter Untersuchung in ihrem Bericht vom 13. April 2018 (BB 11) einen chronischen Schwindel, Gangunsicherheit, Augenflimmern und Doppelbilder unklarer Genese (bei MR-Bildgebung vom 26. Februar 2018 mit unauffälligem Befund), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, eine mittelschwere neurokognitive Störung mit Auffälligkeiten in Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Gedächtnis (S. 3). In einem Verfahren zum Ausschluss von Aggravation seien knapp normgerechte Ergebnisse erzielt worden (85 % Recognition Rate), womit davon auszugehen sei, dass die erzielten Resultate das derzeitige kognitive Leistungsvermögen gut wiedergäben (S. 2). Im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen beständen beim Beschwerdeführer insgesamt mittelschwere neurokognitive Minderleistungen mit Auffälligkeiten in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Bei sehr heterogenen und teils inkonsistenten Leistungen sowie unauffälligem MRI-Befund sei am ehesten an eine funktionelle Überlagerung im Rahmen der ängstlichen und depressiven Symptomatik zu denken (S. 3). Eine aethyltoxisch bedingte neurokognitive Störung sei angesichts der anamnestic Angaben sowie dem unauffälligen MRI-Befund eher unwahrscheinlich.

**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).

**3.3** Aus somatischer Sicht klagt der Beschwerdeführer über verschiedene gesundheitliche Beschwerden aus diversen Fachgebieten. Eine relevante und längerdauernde Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit konnte jedoch daraus nicht abgeleitet werden:

**3.3.1** Aus orthopädischer Sicht hat der Beschwerdeführer anlässlich eines Unfalls im Jahr 2010 eine Supraspinatussehnenruptur rechts und eine Tenopathie der langen Bicepssehne erlitten, die operativ mit einer offenen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion versorgt worden waren (AB 24 S. 85 f.) und zu einer deutlichen Verbesserung der Gesamtsituation geführt hat (vgl. AB 24 S. 78). Entsprechend resultierte daraus keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit und der Beschwerdeführer war in der Folge nach der üblichen Rekonvaleszenzzeit wieder zu 100 % arbeitstätig (vgl. zum Beispiel AB 36.1 S. 14). Ebenso lässt sich aus der geklagten Rückenproblematik in orthopädischer Hinsicht keine massgebliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ableiten: Zwar war im Frühling 2013 eine Lumboischialgie bei Spinalkanalstenose L4/5 diagnostiziert worden (AB 24 S. 74), doch war der Beschwerdeführer nach einer knapp zweimonatigen

Phase mit einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit wieder vollständig arbeitsfähig. Entsprechend war die gesundheitliche Situation des Rückens im Rahmen der IV-Anmeldung kein Thema und sie wird in den aktuellen Berichten nicht mehr erwähnt. Es ist deshalb in dieser Hinsicht nicht von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

**3.3.2** Im Bereich der Kardiologie war im Herbst 2016 die Diagnose einer hypertensiven Kardiopathie gestellt worden (AB 20 S. 8), doch konnten daraus keine erklärenden Befunde für die schon damals geklagten Schwindelbeschwerden erhoben werden und die Problematik der hypertensiven Kardiopathie war als behandelbar beurteilt worden. Eine Arbeitsunfähigkeit resultiert daraus nicht.

**3.3.3** Auf dem ophthalmologischen Fachgebiet war im Oktober 2016 ein Blepharospasmus an beiden Augen diagnostiziert worden, wobei dieser am ehesten als funktionell beurteilt wurde (AB 21 S. 5 f.). Eine organische Grundlage hierfür konnte nicht erhoben werden. Bei Ablenkung konnte die Problematik nicht festgestellt werden, was als Hinweis auf eine Simulation oder zumindest Verdeutlichung gewertet werden muss. Ein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden ist damit auch aus ophthalmologischer Sicht nicht erstellt.

**3.3.4** Schliesslich klagt der Beschwerdeführer über Schwindelbeschwerden. Gemäss dem Bericht des Neurozentrums vom 3. Juni 2016 (AB 21 S. 7 ff.) bestehen aus neurologischer Sicht unklare Symptome, welche keiner massgeblichen Erkrankung zugewiesen werden konnten. Zwar war im Rahmen eines Montreal Cognitive Assessment-Tests zur Erhebung von kognitiven Störungen eine deutliche Einschränkung in Sprache und Erinnerung festzustellen (S. 8), doch wurden diese von den Fachärzten auf verminderte Konzentrationsfähigkeit bei mangelnder Motivation zur Durchführung des Tests zurückgeführt. Ein danach im November 2016 erstmals diagnostizierter Schwankschwindel wurde von den Neurologen differentialdiagnostisch als sekundäre somatoforme Symptomausweitung bei möglicher vestibulärer Migräne festgehalten (AB 21 S. 3 f.). Mangels organischer Erklärbarkeit wurde der Schwankschwindel als somatoform bezeichnet und festgehalten, dass er sich situativ verstärke und bei Ablenkung abgeschwächt werde (S. 4). Anlässlich der Neurologischen Schwindelsprech-

stunde im Februar 2017 (AB 21 S. 1 f.) wurde die Diagnose wiederholt, doch gab der Beschwerdeführer an, die Symptomatik habe sich seit Dezember 2016 deutlich verbessert (S. 2). Eine medikamentöse Therapie lehnte er in diesem Zeitpunkt ab, da der Leidensdruck diesbezüglich nicht sehr hoch sei. Nach wie vor war es den Fachärzten nicht möglich, eine organische Grundlage der geklagten Beschwerden zu erheben. Nach Einsicht in die vorliegenden medizinischen Berichte hat der Allgemeinmediziner des RAD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 13. Juli 2017 (AB 29) deshalb nachvollziehbar und überzeugend geschlossen, dass von Seiten der Schwindelsymptomatik aus neurologischer Sicht keine Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht (S. 6).

Nichts anderes ergibt auch der neueste – an sich ausserhalb des hier massgeblichen Beurteilungszeitraums erstellte – Bericht des Neurozentrums vom 13. April 2018 (BB 11). Zwar wurde dort festgehalten, dass die Konsistenzprüfung zum Ausschluss von Aggravation einen gerade noch validen Wert von 85 % ergeben habe (vgl. S. 2). Auch anlässlich dieser neuropsychologischen Abklärung wurden jedoch deutliche, medizinisch nicht erklärbare Inkonsistenzen erhoben. So hielten die Fachärzte sehr heterogene und teils inkonsistente Leistungen sowie einen unauffälligen MRI-Befund fest und kamen zum Schluss, dass am ehesten eine funktionelle Überlagerung im Rahmen der ängstlichen und depressiven Symptomatik vorliege (S.3). Entsprechende funktionelle Einschränkungen sind jedoch auch gemäss diesem Bericht im Alltag nie beeinträchtigend oder schädigend in Erscheinung getretenen.

Angesichts der umfangreichen erfolglosen somatischen Abklärungen und der überzeugenden Einschätzung auch des psychiatrischen Gutachters (vgl. E. 3.4 f. nachfolgend) sind die funktionellen Einschränkungen nicht neurologischer, sondern rein funktioneller Natur.

**3.3.5** Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass organisch weitgehend nicht erklärbare Beschwerden vorliegen. Dem Beschwerdeführer sind aus somatischer Sicht sämtliche von einem ... geforderten Tätigkeiten zumutbar.

**3.4** In psychiatrischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 (AB 38) auf das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2017 (AB 36.1) abgestellt.

Das psychiatrische Gutachten vom 29. Oktober 2017 (AB 36.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet und die psychiatrische Beurteilung überzeugt im Hinblick auf Befundung und Diagnosen. So hat der Gutachter die vom Beschwerdeführer präsentierten vielfältigen Beschwerden und auch die gezeigten Anzeichen von Aggravation unter Berücksichtigung der umfangreichen fachärztlichen somatischen Abklärungen gewürdigt und die Diagnosen überzeugend im somatoformen Bereich verortet. Angesichts der präsentierten Befunde wie auch der Äusserungen des Beschwerdeführers selbst, ging er zudem nachvollziehbar hinsichtlich der depressiven Problematik von einer Remission aus. Darauf weist auch die effektive Behandlungsdichte bei der behandelnden Psychologin hin: Zwar hat der Beschwerdeführer anlässlich der Befragung durch den Gutachter Dr. med. J. \_\_\_\_\_ angegeben, erst seit Juli 2017 die Kadenz auf 14 Tage gesenkt zu haben, davor jedoch während längerer Zeit die Psychologin einmal in der Woche konsultiert zu haben (vgl. AB 36.1 S. 9). Hingegen geht aus den Einträgen in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers eindeutig hervor, dass die Therapiesitzungen in einem unregelmässigen Rhythmus von durchschnittlich einer Konsultation pro Monat, jedoch kaum je enger als alle drei Wochen stattgefunden haben (vgl. Einträge in der Krankengeschichte, AB 24). Überzeugend konnte der psychiatrische Gutachter sodann zwar ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) feststellen, jedoch mit Hinweis auf die Kindheit und Erziehung sowie die deutliche jahrzehntelange Konstanz im Berufsleben eine Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar ausschliessen (AB 36 S. 17).

Daran vermögen auch die übrigen medizinischen Berichte und insbesondere der nach Verfügungserlass erstellte Arztbericht des Psychiaters Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 8. März 2018 (BB 7) nichts zu ändern. Am 27. Februar 2018 hielt dieser Arzt eine Gangunsicherheit als Diagnose fest. Trotz umfangreicher somatischer Abklärungen hatten die verschiedenen behandelnden Ärzte keine solche Gangunsicherheit objektivieren oder deren somatische Ursache ermitteln können. Auch der vom Psychiater Dr. med. K. \_\_\_\_\_ hier erstmals getroffenen Schlussfolgerung, dass die angebliche Alkoholproblematik die – zumindest mittelbare – Ursache für eine neurologische Grunderkrankung sei, kann nicht gefolgt werden. Die entsprechenden Werte waren – soweit getestet – im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation einmalig erhöht und normalisierten sich danach wieder. Entsprechend hielten die zur Beurteilung solcher Fragen berufenen Fachärzte des Neurozentrums in ihrem Bericht vom 13. April 2018 fest, dass eine aethyltoxisch bedingte neurokognitive Störung unwahrscheinlich sei (AB 11 S. 4). Zwar wurde von der behandelnden Fachpsychologin F. \_\_\_\_\_ in ihren Eintragungen in die Krankengeschichte (AB 24) jeweils unter dem Titel „Problem“ eine „Depression mit begleitender Alkoholproblematik bei komplexer Familiensituation“ genannt, doch ist angesichts der sich wiederholenden Tipp- bzw. Schreibfehler offensichtlich, dass dieser Teil aus dem jeweiligen Voreintrag kopiert und eingefügt wurde. Die Psychologin F. \_\_\_\_\_ nahm in ihrer Therapie nie Bezug auf diesen Aspekt und es finden sich in den Akten keine Hinweise darauf, dass die Psychologin oder die anderen behandelnden Ärzte Massnahmen hinsichtlich einer Alkoholproblematik je ins Auge gefasst oder letztere konkret diskutiert hätten. Bestände eine Alkoholproblematik, so wäre es vorab Sache dieser Therapeutin gewesen, hier einzugreifen, und müsste dies aus den Akten ersichtlich sein. Nachdem jedoch auch die behandelnden Neurologen anlässlich ihren bisherigen Abklärungen keinen Anlass gesehen haben, eine Alkoholproblematik zu thematisieren bzw. darin eine Ursache für die geklagten Beschwerden zu sehen, kann der Auffassung von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, umso mehr als dieser die Problematik als Psychiater fachfremd verortet. Kommt hinzu, dass dieser Arzt offensichtlich nicht in Kenntnis der verschiedensten umfassenden und ergebnislos abgeschlossenen Abklärungen war, wie er selber im Mail vom 14./15. März 2018 (BB 6) an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers festhält. Dass

er von ausstehenden Abklärungen ausgeht, ist deshalb nicht korrekt. Weshalb dieser Psychiater schliesslich aktenwidrig und ausserhalb jeder sonstigen Erwähnung in den Akten davon ausgeht, dass beim Beschwerdeführer im Jahr 2015 vorübergehend eine Suizidalität bestanden habe, ist nicht nachvollziehbar. Immerhin ist auch dies ein Beweis dafür, dass Dr. med. K.\_\_\_\_\_ seine Einschätzung offensichtlich ohne Kenntnis der umfangreichen medizinischen Dokumentation allein auf der Basis der subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers bzw. der knappen und unvollständigen Zusammenfassung des Gutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ durch die Rechtsanwältin (vgl. BB 6) abgegeben hat.

Zusammenfassend kann deshalb auf die vom psychiatrischen Gutachter festgehaltenen Diagnosen der somatoformen autonomen Funktionsstörung mehrerer Organe und Systeme (ICD-10: F45.37), der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) sowie der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4 [AB 36.1 S. 13]), abgestellt werden.

**3.5** Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ging der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_\_ gestützt auf die Akten des Neurozentrums (AB 24 S. 57 f.) und der behandelnden Ärzte (AB 25 S. 4) davon aus, dass in der Zeit vom 28. Mai bis zum 31. Oktober 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und danach eine solche von 50 % bestanden hat (AB 36.1 S. 19). Ab Februar 2017 attestierte er sodann eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit als ... (S. 20). Ob diese Einschränkung insbesondere vor dem Hintergrund der Aggravation bei weitgehend fehlendem Leidensdruck – der Beschwerdeführer lehnt eine medikamentöse Therapie ab (AB 21 S. 2), nimmt an einer sehr niederschweligen Therapie bei seiner Psychologin teil (vgl. E. 3.4 vorstehend und AB 24) und unternimmt umfangreiche nachmittägliche Aktivitäten trotz einer angeblichen täglichen Dekompensation der Problematik mittags (AB 36.1 S. 10) – und nach Prüfung der Indikatoren nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. E. 2.3 vorstehend) invalidenversicherungsrechtlich überhaupt zu berücksichtigen wäre, kann vorliegend letztlich offen bleiben. Denn selbst wenn zunächst von einer vollständigen und danach 50 %igen Arbeitsunfähigkeit und schliesslich ab Februar 2017 von einer 30 %igen Einschränkung der Ar-

beitsfähigkeit auch in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht auszugehen wäre, wäre der frühest mögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 5. Februar 2017 (AB 6) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf August 2017 festzusetzen. In diesem Zeitpunkt resultiert jedoch auch bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % kein rentenbegründender IV-Grad: Da sich die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % sowohl auf die angestammte Tätigkeit und den angestammten Arbeitsplatz wie auch auf eine angepasste Tätigkeit bezieht (vgl. AB 36.1 S. 19 f.), somatisch keine massgeblichen Einschränkungen bestehen (vgl. E. 3.3 vorstehend) und der Beschwerdeführer im massgeblichen Zeitpunkt noch bei seinem ursprünglichen Arbeitgeber angestellt war (der Aufhebungsvertrag mit Wirkung auf den 31. Juli 2018 datiert vom 30. April 2018 [BB 17]), sind Validen- und Invalideneinkommen gestützt auf das bisherige Einkommen und damit auf die selben Zahlen festzusetzen. Eine genaue Ermittlung der beiden Einkommen erübrigt sich somit und der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 21. November 2011, 8C\_241/2011, E. 3.2, und vom 26. November 2008, 8C\_755/2008, E. 3.2). Es besteht deshalb von vornherein kein Anspruch auf eine IV-Rente. Die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 (AB 38) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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 und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**4.2** 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, soweit darauf einzutreten ist.
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 Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 26. Juni 2018)
  - 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.