

200 18 337 IV  
SCP/ZID/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Juli 2018**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. März 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Hinweis auf Epilepsie und Rheuma bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) im Juli 2015 zur Früherfassung und im September 2015 zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1, 3). In der Folge tätigte die IVB Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art, in deren Rahmen der Versicherte nach Aufforderung zur Einhaltung einer Alkoholabstinenz (AB 66, 96; vgl. auch AB 43 und 54/3, 55, 60 ff., 92) neuropsychologisch begutachtet wurde (Expertise vom 16. August 2017; AB 103.1) und am 13. Oktober 2017 eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 108/5 ff.) erfolgte. Nachdem der Versicherte gegen den Vorbescheid vom 13. Dezember 2017 (mit einem Invaliditätsgrad von 25 %; AB 110) Einwand (AB 113) erhoben hatte, stellte die IVB mit weiterem Vorbescheid vom 8. Februar 2018 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 35 % (erneut) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (AB 118). Am 21. März 2018 verfügte sie entsprechend (AB 122).

### **B.**

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 1. Mai 2018 Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 21. März 2018 sei aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig ist. Es sei eine ganze Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei das Invalideneinkommen anzupassen und der Invaliditätsgrad sei neu zu berechnen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung lässt er im Wesentlichen ausführen, aufgrund der erheblichen Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils sowohl in somatischer als

auch in kognitiver Hinsicht sei eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin was folgt:

1. Auf die Beschwerde vom 1. Mai 2018 sei nicht einzutreten.
2. Soweit auf die Beschwerde vom 1. Mai 2018 eingetreten wird, sei diese abzuweisen.
3. Die Gerichtskosten seien dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.
4. Dem Beschwerdeführer sei keine Parteientschädigung zuzusprechen.

### **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]). 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]) sind eingehalten.

Im Zusammenhang mit dem Leistungsbegehren (Zusprache einer ganzen Invalidenrente) beantragt der Beschwerdeführer vorab die Feststellung,

dass er im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei (vgl. Beschwerde, Rechtsbegehren Ziff. 2). Aufgrund der Subsidiarität des Feststellungsbegehrens (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 90 N. 2) fragt sich, ob der Beschwerdeführer diesbezüglich überhaupt ein hinreichendes schutzwürdiges Interesse hat, zumal – wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 5 zutreffend wiedergibt – das Kriterium der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit Bestandteil der Rentenverfügung und damit des Leistungsbegehrens bildet. Da indessen Rechtsbegehren insbesondere auch im Lichte der dazu gegebenen Begründung auszulegen sind (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2015, 9C\_101/2015, E. 2.2) und in der Beschwerde sowohl in Rechtsbegehren Ziff. 2 als auch in der Begründung Ziff. 5 explizit ein Leistungsbegehren dahingehend gestellt wird, als eine ganze Rente zuzusprechen sei, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. März 2018 (AB 122). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Ar-

beitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Einglieder-

rungsmassnahmen 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).

**2.5** 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).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Gemäss Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2014 (AB 16/2) leidet der Beschwerdeführer an einer ausgeprägten fortgeschrittenen Arthrose beider Handgelenke. Deshalb sei es in den letzten drei bis vier Jahren zu vor allem belastungsabhängigen Schmerzen und einer progredienten Bewegungseinschränkung beider Handgelenke gekommen.

**3.1.2** Die damalige Hausärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. Oktober 2015 (1.) eine langjährige Alkoholabhängigkeitsproblematik (ICD-10 F10.2) mit Unfall und Sturzneigung sowie mit psychischen und Verhaltensstörungen, (2.) Epilepsie, (3.) arterielle Hypertonie, (4.) Status nach Gicht (AB 15/2 Ziff. 1.1) und wies zudem auf multiple Arthrosen an Handgelenken und Ellbogen hin (AB 15/4 Ziff. 1.7). Der Beschwerdeführer habe schon viele Entzüge und Rückfälle hinter sich (AB 15/3 Ziff. 1.4); es bestehe eine hohe Rückfall- und Verletzungsgefahr (AB 15/8 Ziff. 4).

**3.1.3** Bei Status nach mehreren Alkoholentzügen, Verdacht auf erhebliche kognitive Defizite und angeblich auch Arthrose der Hände zog RAD-Ärztin med. pract. E.\_\_\_\_\_ im April 2016 eine neuropsychologische Abklärung nach sechsmonatiger monatlicher Abstinenzkontrolle (unter Aufforderung zur Mitwirkung; AB 43/3 ff.) in Betracht (AB 35/2; vgl. auch AB 41). Die Laborwerte (namentlich CDT; AB 50, 52) deutete sie am 2. November 2016 dahingehend, dass der Beschwerdeführer weiterhin Alkohol konsumiere (AB 54/3); nach Vorlage anderweitiger Kontrollresultate (AB 60) sprach sie sich (wiederum unter Aufforderung zur Mitwirkung; AB 66) am 21. Dezember 2016 für die Wiederaufnahme der Tests aus (AB 65/3). Aufgrund dieser neuen Laborresultate (insbesondere AB 93; vgl. auch AB 71, 76, 78 f., 81), die gemäss RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, für einen aktuellen Alkoholkonsum sprächen (AB 92), verschob die IVB die vorgesehene neuropsychologische Begutachtung (vgl. AB 84, 90) und forderte den Beschwerdeführer bis dahin einmal mehr zur Einhaltung einer vollständigen Alkoholabstinenz auf (AB 96). Eine letzte Laboruntersuchung wurde am 6. Juni 2017 durchgeführt (AB 101).

**3.1.4** Die aktuelle Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 5. Mai 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein sich seit Sommer 2016 akzentuierendes chronisches rezidivierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom, eine chronische Alkoholkrankheit (ICD-10 F10.21) sowie Epilepsie (unter Keppra anfallsfrei) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie (AB 97/2 Ziff. 1.1). Im Vordergrund stünden aktuell die

Rückenschmerzen; in Bezug auf die Alkoholproblematik sei in betreuter Wohnsituation von einer Stabilisierung auszugehen (AB 97/3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei derzeit abstinent, aber aufgrund des langjährigen Konsums von Alkohol zeigten sich kognitive Einbussen mit Wesensveränderung (AB 97/7 f. Ziff. 3 f.).

**3.1.5** Dem neuropsychologischen Gutachten des lic. phil. H.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie, vom 16. August 2017 zufolge seien im Vergleich mit Gleichaltrigen kognitive und intellektuelle Minderleistungen in diversen Bereichen objektiviert worden; die intellektuellen Fähigkeiten bewegten sich im Bereich einer leichten Intelligenzminderung (AB 103.1/8 oben). Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, entsprächen einer mittelschweren neuropsychologischen Störung. Dabei handle es sich um eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70) sowie um kognitive Einbussen als Folge des langjährigen Alkoholüberkonsums mit psychischen und Verhaltensänderungen (ICD-10 F10.8). Die reduzierten intellektuellen Fähigkeiten und der langjährige Alkoholkonsum beeinflussten sich: die Intelligenzminderung (und die damit einhergehenden kognitiven Einschränkungen) reduzierten die Möglichkeit, das Verhalten sinnvoll und gezielt auszurichten sowie die Konsequenzen der eigenen Handlungen zu erfassen, was die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit erleichtert haben möge. Gleichzeitig hätten der langjährige Alkoholkonsum (und wohl auch die epileptischen Anfälle) das schon geringe intellektuelle und kognitive Potential weiter geschmälert. Vor diesem Hintergrund könne man wohl auch eine maladaptive Persönlichkeitsentwicklung postulieren, die ihrerseits dazu geführt habe, dass der Alkoholkonsum aufrechterhalten und das intellektuelle und kognitive Potential nicht ausgeschöpft worden seien. Die berichteten psychischen Probleme (Depression) könnten weder das Ausmass noch die Art der Einschränkungen gut erklären; es sei höchstens von einer Akzentuierung auszugehen. Der Verlauf werde dominiert durch einen immer wieder durchgebrochenen Alkoholabusus (zum Zeitpunkt des Gutachtens sei der Beschwerdeführer aber abstinent gewesen), und seit Kindheit bestünden intellektuelle und kognitive Einschränkungen. Erst in zweiter Linie kämen insgesamt eher wenige epileptische Anfälle dazu, die mehrheitlich im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum aufgetreten seien; aktuell sei die epileptische Situation stabil (keine Anfälle, EEG

unauffällig). In dritter Linie komme die berichtete Depression. Es sei von einer Verschlechterung des kognitiven Zustandes in den letzten Jahren vor allem durch den erhöhten Alkoholkonsum auszugehen. Entsprechend sei von einer Einschränkung des Rendements von 30 % und von einer Einschränkung der zeitlichen Belastbarkeit von 20 % auszugehen; hinzu kämen etwaige zusätzliche Einschränkungen aufgrund der somatischen und psychischen Erkrankungen. In einer angepassten Tätigkeit (mehr Zeit zur Verrichtung der einzelnen Aufgaben; eine Aufgabe nach der anderen; klare, kurze mündliche und schriftliche, eventuell auch bildliche Instruktionen; Arbeitsprotokolle zur Dokumentation der gemachten Arbeiten; deutlich verlängerte Einarbeitungszeiten; eher repetitive, wohlbekannte Arbeiten; nur sehr geringe sprachliche und rechnerische Anforderungen; vermehrt kurze Pausen; wohlwollendes Umfeld, enge Supervision, Arbeiten werden zugeteilt) sollten die Einschränkungen des Rendements nicht mehr als 20 % und der zeitlichen Belastbarkeit nicht mehr als 10 % betragen (AB 103.1/8 ff.).

**3.1.6** PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 22. Februar 2017 (AB 107/2 f.) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine chronische Alkoholkrankheit (derzeit abstinent) und eine Epilepsie (unter Keppra anfallsfrei). Der Beschwerdeführer gebe Schmerzen im ganzen Körper an, wobei im Vordergrund die lumbosakralen Schmerzen stünden. Klinisch bestehe eine deutlich reduzierte Beweglichkeit des lumbosakralen Überganges, aber Hinweise für eine radikuläre Problematik oder relevanten Ausfall fehlten. Die konservativen therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft und neurochirurgischerseits bestehe keine Indikation für einen operativen Eingriff. Eine Ursache für die diskrete Gangabweichung nach rechts und die subjektiven Missempfindungen im Bereich der Fussballen sei nicht ersichtlich; diese seien allenfalls im Rahmen der Alkoholkrankheit zu interpretieren.

**3.1.7** Mit Bericht vom 13. Oktober 2017 diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) ein chronisches lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, (2.) eine Handgelenksarthrose beidseits, (3.) Epilepsie (aktuell anfallsfrei unter Keppra), (4.) eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70), (5.)

Alkoholkrankheit (irreversible Schäden des Alkoholkonsums ausschliesslich mit neuropsychologischen Einschränkungen; aktuell abstinent) sowie (6.) Operation Schulter links (mit Osteosynthese) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) eine arterielle Hypertonie, (2.) Hypovitaminose D, (3.) Nikotinkonsum, (4.) Status nach Tonsillektomie und Appendektomie, (5.) Vasektomie sowie (6.) zweimaliges Schädelhirntrauma als Kind (AB 108/5 ff.). In Bezug auf das Suchtgeschehen betreffend Alkoholkonsum sei keine psychiatrische Komorbidität auszumachen; eine sekundäre Alkoholproblematik sei nicht identifiziert worden. Es könne von einer primären Alkoholproblematik ausgegangen werden. Hier sei wichtig zu präzisieren, dass der Beschwerdeführer abstinent leben könne und ihm die Abstinenz zumutbar sei. Falls es ein Rezidiv des Alkoholkonsums geben sollte, könnten neue reversible Probleme als dessen Folge auftreten und die schon bekannten irreversiblen Schäden könnten sich verschlechtern. Aktuell sei eine Tätigkeit als ... oder ... wegen der bilateralen Handgelenksarthrose und den degenerativen Rückenveränderungen nicht mehr zumutbar. Das gelte ganz allgemein für reine manuelle mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, die vorwiegend stehend und/oder gehend ausgeübt würden. Aus somatischen Gründen seien derartige Tätigkeiten nicht mehr zumutbar; allein aus neuropsychologischer Sicht könnte der Beschwerdeführer indessen in der angestammten Tätigkeit noch 80 % arbeiten mit einem Rendement von 70 % (vgl. E. 3.1.5 hiervor), was einer Leistungsminderung von 30 % in einem vollen Pensum entspräche. Eine angepasste leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei zu 90 % zumutbar (10 % Reduktion aus neuropsychologischen Gründen; vgl. E. 3.1.5 hiervor), wobei mit einer Leistungsminderung von 30 % (aus somatischen Gründen: vermehrter Pausenbedarf bei degenerativen Veränderungen beider Handgelenke, zumal der Beschwerdeführer doch nicht viel anderes als eine manuelle Tätigkeit ausüben könne – diese Leistungsminderung aus somatischen Gründen decke auch die vom Neuropsychologen definierte Leistungsminderung [vgl. E. 3.1.5 hiervor] ab) bei diesem reduzierten Pensum zu rechnen sei (AB 108/8 ff.).

**3.2** 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 Kennt-

nis 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** Zunächst zeigt sich, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht seit Jahren an einer ausgeprägt fortgeschrittenen Arthrose beider Handgelenke leidet, indessen der letzte fachmedizinische Bericht dazu vom 27. Februar 2014 datiert (AB 16/2; vgl. dazu E. 3.1.1 hiervor). Der Neurochirurg PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_ wies zwar auf diffuse Schmerzen im ganzen Körper (auch der Arme) hin, beschränkte dann aber seine Untersuchung vom 22. Februar 2017 auf die dannzumal im Vordergrund stehenden lumbosakralen Schmerzen (AB 107/2 f.; vgl. dazu E. 3.1.6 hiervor). Erwähnt wurden die Arthrosen einzig noch von den Hausärztinnen Dres. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Oktober 2015 (AB 15/4 Ziff. 1.7; vgl. dazu E. 3.1.2 hiervor) und G. \_\_\_\_\_ gemäss E-Mail vom 23. Dezember 2016 (AB 68/1 unten), ohne dass diese alsdann unter den Diagnosen (mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) aufgelistet würden (AB 15/2 Ziff. 1.1, 97/2 Ziff. 1.1). Indessen ergeben sich aus den Akten Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer aufgrund eben dieser Gelenkbeschwerden sein Arbeitspensum von 100 % auf 80 % reduziert haben soll (so AB 12/1 [bei ...] bzw. AB 24/2 [bei ... in einem Programm]; vgl. auch AB 103.1/2 oben und 103.1/8 unten). Im RAD-Bericht vom 13. November 2017 wird gar von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... bei einer ... sowie in der erlernten Tätigkeit als ... (AB 108/8 unten) bzw. von einer Leistungsminderung von (maximal) 30 % in einer angepassten Tätigkeit (AB 108/11 Mitte) aufgrund der durch die Arthrose verursachten irreversiblen degenerativen Problematik ausgegangen (vgl. auch AB 108/7 unten). Aussagekräftige aktuelle Arztberichte (aufgrund eigener Untersuchungen und mit fachärztlicher Einschätzung der verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit), die den Verlauf seit Februar 2014 dokumentieren und beurteilen, liegen nicht vor (soweit von 16. bis 31. August

2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert worden ist, erfolgte dies aus psychiatrischer Sicht [AB 113/7]). Damit fehlen für einen wesentlichen Teil des hier hinsichtlich des Rentenanspruchs zu beurteilenden Zeitraums medizinische Unterlagen, die auch nur ansatzweise eine Beurteilung erlauben würden. Bereits aus diesem Grund erweist sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als ungenügend abgeklärt.

**3.4** Weiter bestehen diffuse Schmerzen im ganzen Körper, bei welchen die lumbosakralen Schmerzen im Vordergrund stehen. PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sieht hier (bei fehlender Neurokompression) zwar auf chirurgischer und schmerztherapeutischer Ebene die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft, hält aber hinsichtlich der diskreten Gangabweichung nach rechts und den Missempfindungen auch eine alkoholkrankheitsbedingte Ursache für möglich (AB 107/3; vgl. dazu E. 3.1.6 hiervor). Hierzu bedarf es weiterer neurologischer Abklärungen, ergibt sich doch entgegen der im RAD-Bericht vom 13. November 2017 getroffenen Annahme (AB 108/8 oben) nicht mit der hier zu fordernden Klarheit, dass PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_ keine signifikanten Befunde für eine periphere Neuropathie erhoben hat, war sich doch dieser gar nicht sicher, ob eine Sensibilitätsstörung vorliegt (AB 107/3 unten).

### **3.5**

**3.5.1** Ebenso unzureichend ist die medizinische Aktenlage hinsichtlich der neuropsychologischen Defizite, handelt es sich doch beim entsprechenden Gutachten vom 16. August 2017 (AB 103.1; vgl. dazu AB 3.1.5 hiervor) nicht um ein medizinisches Gutachten und verlangte doch der Gutachter, welcher die Diagnose eines "Alkoholüberkonsums mit psychischen und Verhaltensänderungen" nach ICD-10 F10.8 stellt (AB 103.1/12 unten), auch, dass die durch den Alkoholkonsum verursachten psychischen Einschränkungen von einer Fachperson (z.B. RAD) zu beurteilen seien (AB 103.1/11 oben). Das wiederum setzt eine persönliche Untersuchung voraus; der blosse Hinweis im RAD-Bericht vom 13. Oktober 2017 (AB 108/8 unten) auf eine nicht weiter dokumentierte Besprechung der Problematik mit einem Psychiater des RAD genügt hierfür nicht.

**3.5.2** Was das neuropsychologische Gutachten als solches anbelangt, ist festzuhalten, dass am Tag der Begutachtung (13. Juni 2017; AB 103.1) der CDT-Wert nicht gemessen wurde, dieser aber noch am 2. Mai 2017 2.0 (bei einem Normwert <1.3; AB 93) betragen hatte. Damit war eigentlich die als Voraussetzung für die Begutachtung geforderte nachgewiesene sechs- (AB 39) bzw. zumindest viermonatige Alkoholabstinenz (nach der vom Sozialdienst konstatierten Abstinenz [AB 65/3] trotz auffälliger Laborwerte [vgl. AB 54/3]) nicht gegeben (vgl. dazu auch AB 92). Der Gutachter geht zwar von einer Abstinenz im Untersuchungszeitpunkt aus (AB 103.1/3), dies aber ohne Würdigung und Plausibilisierung des kritischen Laborwerts.

Weiter ergeben sich im neuropsychologischen Gutachten vom 16. August 2017 Unklarheiten in Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil aus neuropsychologischer Sicht. An angepasste Tätigkeiten wird darin gefordert, dass mehr Zeit zur Verrichtung der einzelnen Aufgaben eingeräumt werde, eine Aufgabe nach der anderen zu erfüllen sei, klare, kurze mündliche und schriftliche (in einfachen Worten), eventuell auch bildliche Instruktionen zu erfolgen hätten, Arbeitsprotokolle zur Dokumentation der gemachten Arbeiten zu erstellen seien, deutlich verlängerte Einarbeitungszeiten zu bemessen seien, eher repetitive, wohlbekannte Arbeiten zuzuteilen seien, nur sehr geringe sprachliche und rechnerische Anforderungen zu erwarten seien, vermehrt kurze Pausen einzulegen seien, ein wohlwollendes Umfeld und enge Supervision von Vorteil seien und die Arbeiten zugeteilt würden (AB 103.1/11 unten). Die angestammte Tätigkeit als ... in einer ... umfasste gemäss Gutachter einfache, eher repetitive körperliche Arbeiten ohne eigene Entscheidungskompetenz, wobei die Arbeiten jeweils am Morgen vom Vorgesetzten zugeteilt worden seien (AB 103.1/11 Mitte). Diese einfachen und klar strukturierten Tätigkeiten in der ... scheinen sich mit denjenigen einer angepassten Tätigkeit zu decken. Dennoch – und ohne weitere Begründung – wird dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zufolge erhöhter Ermüdbarkeit eine zeitliche Belastbarkeit von 80 % attestiert und damit das dort zuletzt offenbar effektiv geleistete Pensum bestätigt (AB 103.1/11 Mitte), während diese in einer (anderen) angepassten Tätigkeit (zumindest) 90 % betragen soll (AB 103.1/12 oben). Nicht nachvollziehbar ist auch, weshalb sich in einer (anderen) angepassten Tätigkeit das Rendement von 70 % (AB 103.1/11 unten) auf (mindestens) 80 %

(AB 103.1/12 oben) erhöhen soll. All diese Einschätzungen zur angestammten Tätigkeit nahm der Gutachter zudem ohne Kenntnis des genauen Anforderungsprofils als ... in der ... vor, liegt dieses doch gar nicht vor (vgl. AB 108/8 Mitte).

**3.6** Mit Bericht vom 13. Oktober 2017 würdigte der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ den medizinischen Sachverhalt umfassend und damit unter Einschluss der somatischen und psychischen Beeinträchtigungen. Dieser untersuchte den Beschwerdeführer nicht persönlich (vgl. bereits E. 3.5.1 hiervor), sondern verfasste seinen Bericht einzig aufgrund der Akten. Obwohl er sich ausführlich mit der medizinischen Situation des Beschwerdeführers auseinandersetzt, bestehen dennoch gewisse Zweifel an der Schlüssigkeit dieser Aktenbeurteilung. Allein schon aufgrund seiner fachlichen Qualifikationen als Allgemeinmediziner und Rheumatologe kann er sich nur beschränkt zu den somatischen, nicht aber zu den psychischen Belangen äussern (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1, wonach RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen müssen); zwar soll er in Bezug auf letztere einen RAD-Psychiater beigezogen haben, doch erfolgte weder eine persönliche Untersuchung (vgl. bereits E. 3.5.1 hiervor) noch ist dessen Stellungnahme in den Akten dokumentiert und visiert. Bereits unter E. 3.3 f. hiervor ist festgestellt worden, dass die Arthrose und die diskrete Gangabweichung nach rechts sowie die Missempfindungen ungenügend abgeklärt worden sind. Im RAD-Bericht wird schliesslich noch die Diagnose "Operation Schulter links (mit Osteosynthese)" erwähnt (AB 108/6 Mitte), doch finden sich alsdann weder im Bericht selber noch in den gesamten Akten entsprechende Hinweise. Da sich diese Diagnose anscheinend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, besteht auch diesbezüglich Klärungsbedarf.

Schliesslich ist festzustellen, dass selbst die Beschwerdegegnerin Zweifel an der Einschätzung ihres eigenen RAD gehabt haben dürfte, ansonsten sie mit Blick auf die einzuleitenden beruflichen Massnahmen (Arbeitsvermittlung) nicht weitere Abklärungen in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzuordnen gehabt hätte (vgl. AB 123 f.; vgl. auch prozessleitende Verfügung vom 5. Juni 2018).

**3.7** Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die vorliegenden medizinischen Unterlagen keine rechtsgenügende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und damit des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung darstellen. Es bedarf weiterer Abklärungen in Form einer polydisziplinären Begutachtung. Aufgrund des neuerlichen Verdachts auf Alkoholkonsum und der gestützt darauf vom RAD gemachten Feststellungen und Empfehlungen (AB 140) wird die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer – soweit von ihm eine Alkoholabstinenz weiterhin gefordert werden kann (vgl. dazu jedoch auch E. 3.1.5 hiervor) – vorgängig an seine Mitwirkungspflichten und die entsprechenden Folgen im Unterlassungsfall zu ermahnen haben.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung.

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

#### **4.2**

**4.2.1** Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um

eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1). Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die Bemessung der Parteientschädigung beurteilt sich nach kantonalem Recht (BGE 125 V 408 E. 3a S. 409). Dieses hat den bundesrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. g ATSG zu genügen. Nach Art. 13 der kantonalen Parteikostenverordnung vom 17. Mai 2006 (PKV; BSG 168.811) beträgt das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz.

**4.2.2** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)). Im Falle der Vertretung durch Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbände wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 180.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 100.-- festgelegt.

**4.2.3** Im vorliegenden Fall wird der Beschwerdeführer durch lic. iur. ... von der B.\_\_\_\_\_ vertreten, die auf das Einreichen einer Kostennote verzichtet und die Festsetzung der Parteientschädigung in das gerichtliche Ermessen gestellt hat. Angesichts des einfachen Schriftenwechsels und der sich im vorliegenden Beschwerdeverfahren stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen rechtfertigt sich eine Parteikostenentschädigung von pauschal Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und allfälliger MWSt.). Diese hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der von der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und allfälliger MWSt.), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):
- B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.