

200 18 363 IV  
SCP/SAW/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. September 2018**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Baumann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. April 2018



## Sachverhalt:

### A.

Der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich nach einem Leitersturz am 25. Juli 2009 eine Schädelfraktur occipital rechts zu (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 10 S. 19) und erlitt nach einem Auffahrunfall am 1. September 2013 ein Schleudertrauma (vgl. Bagatellunfall-Meldung UVG vom 25. Oktober 2013, act. II 12.1 S. 4). Zuletzt arbeitete er vom 1. April bis zum 24. September 2013 als ... (Hilfs...) bei der D. \_\_\_\_\_ GmbH (act. II 8 S. 2 f.). Am 7. November 2013 (act. II 3) meldete er sich unter Hinweis auf einen Sehverlust links von 100% (seit Mai 2004) und rechts von 50% (seit dem 25. Juli 2009) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) holte daraufhin die Akten der E. \_\_\_\_\_ ein (act. II 12.1) und führte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere ein sehbehindertentechnisches Assessment (vgl. Assessmentbericht vom 13. Februar 2014, act. II 25) sowie eine berufliche Abklärung durch die Abklärungsstelle F. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 5. September 2014, act. II 44) und liess den Versicherten bei der G. \_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär (orthopädisch/traumatologisch, neurologisch, ophthalmologisch, internistisch, psychiatrisch sowie neuropsychiatrisch) begutachten (vgl. MEDAS-Gutachten vom 13. März 2015, act. II 54.1). Nachdem in der Abklärungsstelle F. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2015 bis am 16. Mai 2016 ein Arbeitstraining durchgeführt worden war (vgl. Berichte der Abklärungsstelle F. \_\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2015, act. II 79, und vom 2. März sowie vom 2. Juni 2016, Akten der Invalidenversicherung [act. IIA] 83, 85), schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 13. April 2017 (act. IIA 101) ab. Dies weil sich der Versicherte auch mit Unterstützung durch das Eingliederungsmanagement nicht in der Lage fühlte, eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt anzutreten. Mit Vorbescheid vom 7. Juli 2017 (act. IIA 106) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 5% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 30. August 2017 (act. IIA 110) Einwand, den er unter Hinweis auf zwei weitere Arztberichte mit Eingabe vom 31. Januar 2018 (act. IIA 124) ergänzte. Am 6. April 2018 (act.

IIA 125) verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab.

**B.**

Mit Eingabe vom 9. Mai 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, die angefochtene Verfügung vom 6. April 2018 sei aufzuheben und die Sache sei zur Abklärung des vollständigen und richtigen Sachverhaltes und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen; eventualiter sei auf die Beurteilung der behandelnden Spezialärzte abzustellen und unter Gewährung des maximalen behinderungsbedingten Abzugs der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. Juli 2018 erklärte der Instruktionsrichter das Beweisverfahren für geschlossen und gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Einreichung von Schlussbemerkungen bis am 25. Juli 2018.

Am 13. Juli 2018 ersuchte der Beschwerdeführer um Verlängerung der Frist zur Einreichung von Schlussbemerkungen bis am 31. August 2018 resp. um Wiedereröffnung des Beweisverfahrens zwecks Einreichung eines ophthalmologischen Privatgutachtens.

Der Instruktionsrichter wies mit prozessleitender Verfügung vom 17. Juli 2018 die Verfahrensanträge unter Hinweis auf die antizipierte Beweismündigkeit ab.

Am 25. Juli 2018 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen sowie eine als Verlaufsbericht bezeichnete ärztliche Stellungnahme vom 24. Juli 2018 ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Juli 2018 erwog der Instruktionsrichter, dass das Beweisverfahren für geschlossen erklärt und der Antrag

des Beschwerdeführers auf Wiedereröffnung des Beweisverfahrens abgewiesen worden sei und wies die ärztliche Stellungnahme vom 24. Juli 2018 aus den Akten.

## **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 6. April 2018 (act. II 125). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

**2.3** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszuge-

hen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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. 428 f., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). 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).

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 verselbständigte, 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). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

**2.4** 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.

**2.5** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Der Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 25. November 2013 (act. II 10) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine progrediente Sehverschlechterung nach Venenastthrombose, eine Phthisis bulbi und ein cervicales Schmerzsyndrom seit dem Autounfall vom 1. September 2013 fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Schädelfraktur occipital rechts mit minimaler Subarachnoidalblutung, seither chronisches Kopfschmerzsyndrom nach dem Trauma vom 25. Juli 2009 (S. 2 Ziff. 1.1). Es liege eine hochgradige Sehstörung bei Einäugigkeit vor, weshalb der Patient nicht mehr Autofahren und auch nicht mehr als ... arbeiten könne. Der Patient habe grosse Angst, dass er sein Augenlicht ganz verlieren könnte und meide deshalb alles, was sein rechtes Auge gefährden könnte (S. 3 Ziff. 1.7). Ab dem 23. September bis Ende Dezember 2013 attestierte Dr.

med. H.\_\_\_\_\_ eine 100% Arbeitsunfähigkeit und ergänzte, diese beziehe sich auf die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt werde der Patient weiterhin für viele Tätigkeiten arbeitsunfähig bleiben (S. 2 f. Ziff. 1.6 und 1.9).

**3.1.2** Im März 2014 (act. II 29) diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23; S. 2 Ziff. 1.1). Die bisherigen Tätigkeiten als .../... oder ... könne der Patient wegen der Sehbehinderung kaum mehr ausüben. Zusätzlich störend sei aktuell eine depressive und eine Angststörung. Ab dem 28. Januar 2014 bis auf weiteres liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 4 Ziff. 1.6).

**3.1.3** Im MEDAS-Gutachten vom 13. März 2015 (act. II 54.1), das auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Ophthalmologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Neuropsychiatrie beruht, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (S. 15):

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Linkes Auge: Amaurose bei Phthisis bulbi und Cataracta protracta

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Rechtes Auge: Retinoschisis temporal inferior, obliterierte Gefässe peripher unten, leichter Astigmatismus hyperopicus, Presbyopie
3. Chronisch zervikovertebragenes Schmerzsyndrom mit leichter Funktionseinschränkung
4. Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)
5. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
6. Ausgeprägte Stamm- und Astvaricosis an beiden Beinen
7. Nikotinabusus

Aus ophthalmologischer Sicht legte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, dar, der Explorand sei Einäuger. Der vollständige Visusverlust links mit der Phthisis sei nicht geklärt; am ehesten handle es sich um einen Zustand nach Entzündung. Am rechten Auge seien nach einem Leitersturz im 2009 Sehstörungen mit Schleiersehen und zwei schwarzen

Punkten im Gesichtsfeld aufgetreten. Die Abklärungen hätten Gefässverschlüsse mehrerer kleiner Gefässe in der Peripherie temporal unten und eine Retinoschisis, dies bei vollem Visus, ergeben. Das fingerperimetrische Vergleichsfeld schein horizontal nicht reduziert, während der Defekt oben eindeutig nachweisbar gewesen sei. Die Frage der Fahrtauglichkeit müsse nochmals genau angesehen werden. Jedenfalls fahre der Explorand Auto. Der Fernvisus betrage 1.0p. In der Nähe werde 0.6 gelesen. Es werde lediglich eine Nahkorrektur von +3.50 getragen; eine Gleitsichtbrille könnte die Fernsicht etwas verbessern. Folglich könne von einem vollsehtüchtigen rechten Auge ausgegangen werden. Alle Tätigkeiten, die kein exaktes räumliches und binokulares Sehen erfordern, seien möglich. Dabei sollten keine Leitern und Gerüste bestiegen, keine feinmechanischen Arbeiten und keine Bedienung gefährlicher grosser Maschinen ausgeübt werden. Für die angestammte Tätigkeit als ... und ... sei der Explorand nicht mehr geeignet wegen der unumgänglichen Besteigung von Gerüsten und Leitern. Bei einer geeigneten Verweistätigkeit liege eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinbusse, also 8.5 Stunden am Tag, vor. Eine sogenannte sehbehindertengerechte Tätigkeit dränge sich nicht auf (act. II 54.7 S. 3 f.).

In neuropsychiatrischer Hinsicht hielt lic. phil. K. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, fest, der Explorand habe zwar bei der Untersuchung kooperiert, aber keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft gezeigt. Dies ergebe sich aus den standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren, welche auffällige Resultate ergeben hätten. Zudem zeige sich ein unspezifisches kognitives Leistungsprofil mit Beeinträchtigungen in allen geprüften Funktionen, welches mit den möglichen ätiologischen Faktoren nicht ausreichend erklärbar sei. Die minimale bifrontale Subarachnoidalblutung im Rahmen des Unfalls mit Schädelbruch vom 25. Juli 2009 dürfte als Ursache von persistierenden kognitiven Defiziten kaum in Frage kommen. Die Monokelsituation mit eingeschränktem Gesichtsfeld habe sich ebenfalls nicht wesentlich auf die Testresultate ausgewirkt. Der Explorand habe sich zu keinem Zeitpunkt darüber beklagt, dass seine Sehfähigkeit für die Bearbeitung der Aufgaben nicht ausreichen würde. Zudem habe sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den mündlichen und visuellen Leistungen ergeben. Da nicht gewährleistet sei, dass der Explorand durchgehend eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft zeige

habe, seien die erhobenen Befunde nicht als valide zu beurteilen. Eine Aussage zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie zu einem geeigneten Tätigkeitsprofil sei deshalb aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich (act. II 54.6 S. 4 Ziff. 6).

In den Fachbereichen Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 54.2 S. 7 Ziff. 4; 54.3 S. 5 Ziff. 4; 54.4 S. 8 Ziff. 4; 54.5 S. 6 Ziff. 4). Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung erläuterte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, dass beim Explorand – übereinstimmend mit der behandelnden Psychiaterin – eine Anpassungsstörung vorliege. Im Weiteren sei durchaus nachvollziehbar, dass er auf die bei ihm eingetretene Sehstörung mit einer depressiven Symptomatik reagiert habe. Diese sei allerdings vor dem Hintergrund der vom Versicherten selbst beschriebenen Freizeitaktivitäten als nicht so gravierend anzusehen, insbesondere lasse sich aus ihr keine Arbeitsunfähigkeit erklären. Die persistierenden Beschwerden nach dem stattgehabten Autounfall seien als Ausdruck einer somatoformen Störung zu werten. Insoweit werde der behandelnden Psychiaterin widersprochen, die von einer depressiven Störung mit somatischem Syndrom ausgegangen sei. Vorliegend bestehe ein syndromales Beschwerdebild, weshalb die Foerster-Kriterien zu diskutieren seien. Hier ergebe sich, dass ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf nicht festgestellt werden könne. Es sei vielmehr eine deutliche Dynamik spürbar. Der diesbezügliche Verlauf sei abzuwarten. Es sei davon auszugehen, dass eine deutliche Besserung der Symptomatik eintrete, wenn über die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht entschieden worden sei. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen liege nicht vor. Eine ausgewiesene Komorbidität ebenfalls nicht. Eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daher weder aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch aus der Anpassungsstörung. Diese Erkenntnisse liessen sich zwanglos mit denjenigen im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung in Einklang bringen (act. II 54.5 S. 6 f. Ziff. 5).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, aus ophthalmologischen Gründen bestehe für die angestammte Tätigkeit als ...

und ... eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit. Die Tätigkeit auf Leitern und Gerüsten sei bei diesem Beruf nicht zu umgehen, weshalb das Risiko für einen Fehltritt und Sturz als hoch eingeschätzt werde. Dagegen seien leidensadaptierte Tätigkeiten zu 100% möglich (act. II 54.1 S. 16).

**3.1.4** Der Beschwerdeführer war vom 8. bis zum 19. November 2016 in der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Diagnostisch wurden im Bericht vom 2. Dezember 2016 (act. IIA 123 S. 8) ein chronisch depressiver Zustand, eine psychosoziale Belastungssituation, die Erblindung des linken Auges sowie chronische Kopfschmerzen und chronische Schulterschmerzen aufgeführt. Der Patient habe am multimodalen Therapieprogramm mit Aktivierung und parallel mit entspannenden Verfahren sowie psychologischer Betreuung teilgenommen. Auf Wunsch des Patienten sei der Aufenthalt nicht verlängert worden. Am 19. November 2016 sei der Patient in stabilem psychischen und physischen Zustand entlassen worden (S. 9 f.).

**3.1.5** Dr. med. N.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 13. März 2017 (act. IIA 98) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) bestehend seit ca. vier Jahren und gab an, es lägen Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Verlust der Lebensfreude, innerliche Leere sowie Kraftlosigkeit vor (S. 1 Ziff. 1.1 und S. 2 Ziff. 1.7). Ab dem 1. November 2016 bis auf weiteres attestierte sie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, welche auch für eine behinderungsangepasste Tätigkeit gelte (S. 2 Ziff. 1.6 und S. 3).

**3.1.6** Auf Zuweisung der behandelnden Augenärztin Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie (vgl. Überweisungsschreiben vom 6. April 2017, act. IIA 105 S. 14), wurde der Beschwerdeführer im Spital P.\_\_\_\_\_ von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_, beides Fachärzte für Ophthalmologie, untersucht. Im Bericht vom 5. Mai 2017 (act. IIA 105 S. 11) stellten sie für das rechte Auge die folgenden Diagnosen: Retinoschisis, mehrere kleine Gefässverschlüsse temporal unten, Cataracta corticonuclearis. In Bezug auf das linke Auge diagnostizierten sie eine Amaurose bei Phtisis unklarer Ätiologie (evtl. Zustand nach Entzündung bei Status nach metallischem Fremdkörper 2001). Klinisch erscheine der Befund wie eine Amotio retinae, jedoch präsentiere sich im OCT eine Retinoschisis. Der Patient sei zu 100% arbeitsfähig. Dies gelte jedoch nicht für Tätigkeiten bei denen eine Stereoopsis Voraussetzung sei. Die Visus-

minderung am rechten Auge sei vor allem durch die Katarakt bedingt, weshalb bei weiterer Zunahme der Katarakt eine Operation indiziert sei.

**3.1.7** Nach der Verlaufskontrolle vom 13. Juni 2017 berichtete Dr. med. O.\_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 22. Juni 2017, act. IIA 105 S. 2), die Retinoschisis sei stabil, der Gesichtsfelddefekt grösser. Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ habe die Arbeitsfähigkeit als 100% beurteilt, sei aber nicht auf den Gesichtsfelddefekt eingegangen. Aus ihrer Sicht liege seit dem 13. Juni 2017 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Der Patient könne als Einäuger mit dem Gesichtsfelddefekt nur verlangsamt arbeiten und sei eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit solle an einem Zentrum (...) von Augenärzten nochmals beurteilt werden (S. 3 Ziff. 1.4).

**3.1.8** Vom 8. Mai bis zum 2. Juni 2017 befand sich der Beschwerdeführer in teilstationärer Behandlung in den psychiatrischen Diensten S.\_\_\_\_\_. Im Kurzaustrittsbericht vom 17. Juli 2017 (act. IIA 109 S. 3) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) diagnostiziert. Der Patient habe eine depressive Stimmungslage mit Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Antriebslosigkeit beklagt und häufiges Gedankenkreisen und Ängste betreffend seinen Visus beschrieben. Die grösste Sorge von ihm sei gewesen, dass er auch auf dem rechten Auge das Augenlicht verlieren könnte. Aus diesem Grund habe er immer eine Brille zum Schutz getragen und jegliche Handlungen, welche in seinen Vorstellungen mit einer Gefahr für sein rechtes Auge einhergehen könnten, vermieden. Der Patient habe zwar eingesehen, dass seine Angst ihn im Alltag enorm einschränke und sein ganzes Leben beeinträchtige, an dieser Angst habe er jedoch nicht arbeiten wollen, weil diese für ihn adäquat und gerechtfertigt sei. Am Besuch der Tagesklinik habe der Patient nichts Positives erkennen können. Da der Besuch der Tagesklinik aus seiner Sicht mit einem Risiko für sein Augenlicht verbunden gewesen sei, habe ihn dies unter Druck gesetzt. Weil der Patient auch eine Unterstützung betreffend dem Organisieren von sozialen Kontakten nach Austritt aus der Tagesklinik abgelehnt habe, sei einvernehmlich der Austritt aus dem teilstationären Setting entschieden worden (S. 4).

**3.1.9** Im ärztlichen Zeugnis vom 6. Oktober 2017 (act. IIA 117 S. 2) hielten Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ fest, bei erheblicher Oberflächenproblematik und Gesichtsfeldeinschränkung sei der Patient auf seinem rechten Auge bei weitem nicht zu 100% leistungsfähig. Inzwischen habe sich eine Visusverschlechterung auf 0.4 infolge der Katarakt ergeben, was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Vergleich zum Befund vor sechs Monaten zusätzlich erheblich limitiere. Weitere Abklärungen seien vorgesehen.

**3.1.10** Mit Schreiben vom 13. September 2017 (act. IIA 116 S. 2) überwiesen Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer an Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie. Im Bericht vom 7. November 2017 (act. IIA 124 S. 5) führte Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen auf: OS Phthisis bulbi bei Verdacht auf Status nach intraokularem Fremdkörper, OD Retinoschisis und Verdacht auf funktionelle Überlagerung. Im Wissen um die Vorbefunde sei der Visus rechts „mexikanisch“ geprüft worden und prompt habe ein voller und problemloser Visus von 1.0 festgestellt werden können. Die vom Patienten geäusserten Beschwerden passten relativ gut zu den Sicca-Symptomen bei Monokelsituation. Möglich sei auch ein überlagertes Charles Bonnet-Syndrom bei Retinoschisis und Amaurose auf der linken Seite. Auf die frohe Botschaft, dass mit dem rechten Auge künftig eine normale Sehfunktion möglich sei und keine unmittelbare Gefährdung des rechten Auges bestehe, habe der Patient eher ungehalten reagiert. Vermutlich liege eine deutliche funktionelle Überlagerung vor, welche wahrscheinlich auch die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung und die Visusminderung bei den Untersuchungen von Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ erkläre.

**3.1.11** Am 29. Januar 2018 (act. IIA 124 S. 3) legte Dr. med. T.\_\_\_\_\_ dar, wie bereits früher berichtet, bestehe keine sinnvolle Sehfunktion mehr vom linken Auge. Am rechten Auge finde sich eine Netzhautspaltung (Schisis) vor allem unten rechts, welche zu einer Gesichtsfeldeinschränkung auf der Nasenseite oben führe. Soweit beurteilbar führe dies auch zeitweise zu visuellen Halluzinationen im Sinne eines Charles Bonnet-Syndroms. Mit der aktuellen visuellen Situation seien keine Arbeiten möglich, die hohe und höchste visuelle Ansprüche erfordern. Tätigkeiten mit einer durchschnittli-

chen visuellen Beanspruchung seien gut möglich. Die vorhandene Katarakt führe zu keiner wesentlichen Visusbeeinträchtigung und entsprechend sei eine Operation im Moment nicht indiziert. Aktuell läge die Leistungsfähigkeit allein auf der Basis der visuellen Symptome auf ca. 90%. Dies bei durchschnittlicher visueller Beanspruchung. Eine Präsenzzeit zu 100% sei zumutbar. Arbeiten, die ein räumliches Sehen erfordern, seien nicht möglich.

**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 Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 6. April 2018 (act. IIA 125) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 13. März 2015 (act. II 54.1) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen der Gutachter und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die ge-

zogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm insoweit volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Die Vorbringen in der Beschwerde betreffend den Beweiswert der polydisziplinären Begutachtung vermögen daran nichts zu ändern. Wie bereits in der prozessleitenden Verfügung vom 17. Juli 2018 dargelegt wurde (vgl. S. 2 lit. e), hat der Umstand, dass Dr. med. J. \_\_\_\_\_ das Gesamtgutachten der MEDAS vom 13. März 2015 (act. II 54.1) nicht unterschrieben hat, keinen Einfluss auf dessen Beweiswert, wurde doch im Rahmen der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit das ophthalmologische Zumutbarkeitsprofil vollumfänglich berücksichtigt. Soweit der Beschwerdeführer zudem geltend macht, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ liege mehr als drei Jahre zurück und sei nicht mehr geeignet, die in der Zwischenzeit erfolgten Veränderungen des psychischen Zustandes zu berücksichtigen (vgl. Beschwerde S. 4), kann ihm nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass das Gutachten im Wesentlichen auf Untersuchungsbefunden beruht, welche anfangs 2015 erhoben wurden. Aufgrund der verschiedenen Verlaufsberichte ist indessen eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht überwiegend wahrscheinlich. Vielmehr wird mit den Ausführungen von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 13. März 2017 (act. IIA 98 S. 2), dem Bericht der psychiatrischen Dienste S. \_\_\_\_\_ vom 17. Juli 2017 (act. IIA 109 S. 3 f.) sowie mit der Beurteilung von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 7. November 2017 (act. IIA 124 S. 5) bestätigt, dass die Beschwerdesymptomatik ausschliesslich auf der Befürchtung des Beschwerdeführers beruht, dass er auch auf dem rechten Auge das Augenlicht verlieren könnte, was sich aufgrund der von Dr. med. T. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunde im Rahmen einer funktionalen Überlagerung abspielt und somit in der von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgeht (act. II 54.5 S. 6 f.). Gestützt darauf ist denn auch der Einwand des Beschwerdeführers, die Angststörung sei nicht gebührend berücksichtigt worden (vgl. Beschwerde S. 5), nicht begründet. Im Weiteren ergibt sich hinsichtlich der Familien- und Lebensverhältnisse aus dem Be-

richt der psychiatrischen Dienste S. \_\_\_\_\_ vom 17. Juli 2017 (act. IIA 109 S. 3) ebenfalls ein im Vergleich zur Begutachtungssituation (vgl. act. II 54.5 S. 3 Ziff. 2.4) unverändertes Bild. Zum Vorwurf, das psychiatrische Teilgutachten sei ohne Einbezug eines Dolmetschers durchgeführt worden (vgl. Beschwerde S. 4), ist festzuhalten, dass das gesamte polydisziplinäre Gutachten auf Wunsch des Beschwerdeführers ohne professionelle Übersetzung erstellt wurde (vgl. act. II 54.1 S. 3). In Anbetracht der übereinstimmenden Angaben zur psychiatrischen Beschwerdesymptomatik bestehen zudem keinerlei Anhaltspunkte, dass das Gutachten mangels Übersetzung nicht verwertbar wäre. Der Beschwerdeführer legt denn auch in keiner Weise substantiiert dar, inwiefern der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden soll. Als blosser Schutzbehauptung erweist sich daher diese Rüge als unbegründet.

**3.3.1** Aus orthopädischer/traumatologischer, neurologischer und internistischer Sicht führten die MEDAS-Gutachter schlüssig und nachvollziehbar aus, dass keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Diese Einschätzungen werden vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt.

Aus ophthalmologischer Sicht ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer Einäuger ist resp. beim linken Auge aufgrund einer Phthisis bulbi mit Amaurose ein vollständiger Visusverlust vorliegt (act. II 54.7 S. 3; 105 S. 3; 117 S. 2; 124 S. 3). In Bezug auf das rechte Auge legte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend dar, dass der Befund der obliterierten Gefässe und der Retinoschise temporal unten den Gesichtsfelddefekt oben erklärt und fingerperimetrisch das horizontale Gesichtsfeld nicht eingeschränkt ist. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte sie einleuchtend aus, dass von einer vollen Leistungsfähigkeit des rechten Auges auszugehen ist und alle Verweistätigkeiten, die ein Einäuger ausüben kann, zu 100% mit voller Leistungsfähigkeit ausgeübt werden können (act. II 54.7 S. 4). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig, sondern findet auch Rückhalt in den Akten. Insbesondere steht sie im Einklang mit den Ausführungen von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. R. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Mai 2017 (act. IIA 105 S. 12) und entspricht der Auffassung von Dr. med. T. \_\_\_\_\_, welcher im Bericht

vom 7. November 2017 (act. IIA 124 S. 5) festhielt, dass künftig mit dem rechten Auge eine normale Sehfunktion möglich ist. Bei der neuropsychologischen Untersuchung klagte der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt darüber, dass er etwas nicht oder schlecht sehen könne und führte die visuellen Aufgaben ohne Einschränkung durch. Es zeigte sich denn auch kein wesentlicher Unterschied zwischen den mündlichen und visuellen Leistungen (act. II 54.6 S. 2 und S. 4). Auch während den Abklärungen bei der Abklärungsstelle F.\_\_\_\_\_ in der Zeit vom 17. August 2015 bis zum 16. Mai 2016 war es dem Beschwerdeführer möglich, angemessene Leistungen in guter Qualität zu erbringen, wobei sich zeigte, dass für ihn Tätigkeiten im Bereich Recycling und Verpackung, Einsätze in der Logistik oder Arbeiten in der Hauswartung optimal sind. Im Rahmen eines Praktikums im Bereich des Liegenschaftsunterhalts wurde zudem explizit festgehalten, dass von einer Sehbehinderung bei diesem Einsatz nichts zu beobachten gewesen sei (act. IIA 83 S. 2; 85 S. 2). Hieran vermag der Bericht von Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2018 (act. IIA 124 S. 3) – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5) – nichts zu ändern. Soweit er aus augenärztlicher Sicht ein Pensum von 100% mit einer auf ca. 90% geschätzten Leistungsfähigkeit postuliert, kann ihm nicht gefolgt werden. So ist nicht einzusehen, inwiefern ihn die bereits im Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz bestehende Einäugigkeit, welche ihn bis zur Kündigung der letzten Arbeitsstelle nicht eingeschränkt hat, in einer leidensangepassten Tätigkeit zu beeinträchtigen vermag. Dies umso weniger als Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. November 2017 (act. IIA 124 S. 5) angegeben hat, dass mit dem rechten Auge künftig eine normale Sehfunktion möglich ist. Es ist daher davon auszugehen, dass er bei seiner Einschätzung auch die augenfremden Schmerzkomponente mitberücksichtigt hat. Ebenfalls ist der Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 22. Juni 2017 (act. IIA 105 S. 3), in welchem sie eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, nicht geeignet, die Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Fehlt doch auch diesbezüglich eine medizinisch nachvollziehbare Begründung, weshalb in einer leistungsangepassten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll.

**3.3.2** Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. L. \_\_\_\_\_ eingehend und differenziert erläutert, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) leidet (act. II 54.5 S. 6 f. Ziff. 5). Unter Bezugnahme auf die vor BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.3 hiervor) noch massgebend gewesene Rechtsprechung legte er dar, dass sich eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit aus den genannten Diagnosen nicht ergibt (act. II 54.5 S. 7). Dabei gilt festzuhalten, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das psychiatrische Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung.

Zunächst ist festzustellen, dass gestützt auf die neuropsychologische Untersuchung Hinweise auf Aggravation bestehen. So zeigte der Beschwerdeführer keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft und es resultierte ein unspezifisches kognitives Leistungsprofil mit Beeinträchtigungen in allen geprüften Funktionen, welches mit den möglichen ätiologischen Faktoren nicht ausreichend erklärbar war (act. II 54.6 S. 4). Ob dadurch ein Ausschlussgrund nach BGE 131 V 49 vorliegt (vgl. E. 2.3 hiervor), kann offen bleiben. Dies weil so oder anders bei der Prüfung der neu massgebenden Indikatoren nicht von einer leistungsrelevanten psychischen Erkrankung auszugehen ist.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Aus-

prägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. So berichtete der Beschwerdeführer zum Tagesablauf, er stehe morgens zwischen 7.00 und 8.00 Uhr auf und gehe nach dem Frühstück mit den Enkelkindern nach draussen. Er verbringe sehr viel Zeit ausserhalb seiner Wohnung. Nachmittags versuche er, am Computer zu arbeiten, dies gelinge ihm längstens eine Stunde. Daraufhin gehe er wieder an die frische Luft. Manchmal gehe er mit Kollegen einen Kaffee trinken. Das Abendessen werde gemeinsam eingenommen und danach berichte jeder, wie der Tag für ihn gelaufen sei. Um 22.00 Uhr gehe er ins Bett, wobei er allerdings erst gegen 1.00 Uhr einschlafe (act. II 54.5 S. 2). Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung gab er im Weiteren an, dass er den Bus und die Bahn nutze und im Notfall auch eigenständig mit dem Auto zum Einkaufen fahre (act. II 54.2 S. 2 Ziff. 2.1).

Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer den Aufenthalt in der Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ im November 2016 auf eigenen Wunsch beendet hat, obwohl die Ärzte reaktivierbare Ressourcen sahen, deren Stärkung in einem längeren Aufenthalt günstig gewesen wäre (act. IIA 123 S. 9). Auch an der teilstationären Behandlung durch die psychiatrischen Dienste S.\_\_\_\_\_ vom 8. Mai bis zum 2. Juni 2017 konnte der Beschwerdeführer nichts Positives erkennen und lehnte die von den psychiatrischen Dienste S.\_\_\_\_\_ angebotene Unterstützung betreffend dem Organisieren von sozialen Kontakten nach Austritt aus der Tagesklinik ab. An der Angst, dass er auch auf dem rechten Auge das Augenlicht verlieren könnte, wollte er nicht arbeiten (vgl. Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste S.\_\_\_\_\_ vom 17. Juli 2017, act. IIA 109 S. 4). Diese Tatsachen sprechen nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Da nur geringe ophthalmologische Einschränkungen bestehen (vgl. E. 3.3.1 hiervor), sind psychische oder somatische Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würden, zu verneinen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Im Weiteren fanden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung. Störungen des Ich-Bewusstseins wurden ver-

neint (act. II 54.5 S. 5). Anhaltspunkte, dass in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302), sind demnach nicht ersichtlich.

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer zusammen mit seinen vier Kindern, der Schwiegertochter und den zwei Enkelkindern in zwei miteinander verbundenen gemieteten Wohnungen lebt, einen engen Kontakt zu seinen Geschwistern pflegt und manchmal mit Kollegen einen Kaffee trinken geht (act. II 54.5 S. 2 und S. 3 Ziff. 2.4). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben war. Der Beschwerdeführer kann sich höchstens eine Arbeitstätigkeit während zwei bis drei Stunden am Tag vorstellen und bezweifelt, dass er nutzbringend tätig sein kann (act. II 54.5 S. 3 f. Ziff. 2.5). Diese Einschätzung stimmt in keiner Weise mit dem von ihm geschilderten Tagesablauf überein (act. II 54.2 S. 2 Ziff. 2.1; 54.5 S. 2). Zudem ist gestützt auf die neuropsychologische Untersuchung auf die auffälligen Resultate aus dem standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren sowie auf das unspezifische kognitive Leistungsprofil mit Beeinträchtigungen in allen geprüften Funktionen, welches mit den möglichen ätiologischen Faktoren nicht ausreichend erklärbar war (act. II 54.5 S. 7; 54.6 S. 4 Ziff. 6), hinzuweisen. Weitere Inkonsistenzen ergeben sich denn auch aus dem Bericht von Prof. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 7. November 2017 (act. IIA 124 S. 5). Das Verhalten des Beschwerdeführers lässt daher mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen. Mit Blick auf die massgebenden Indikatoren ist folglich erstellt, dass der diagnostizierten Anpassungsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung beizumessen ist.

An dieser Beurteilung vermag der Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 13. März 2017 (act. IIA 98) nichts zu ändern. Soweit sie eine rezidivierende

depressive Störung (ICD-10 F33.2) diagnostizierte, kann ihr nicht gefolgt werden. Vielmehr ist diesbezüglich auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ zu verweisen, wonach zwar nachvollziehbar ist, dass der Beschwerdeführer auf die bei ihm eingetretene Sehstörung mit einer depressiven Symptomatik reagiert hat, diese jedoch vor dem Hintergrund der beschriebenen Freizeitaktivitäten als nicht so gravierend zu qualifizieren ist (act. II 54.5 S. 7). Dass Dr. med. N. \_\_\_\_\_ eine höhere Einschränkung bescheinigt – sie attestiert bei einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 98 S. 3) – vermag deshalb nicht zu überzeugen, weil nach den Ausführungen hiervor (vgl. E. 3.3.1) zwar von einer Einäugigkeit, jedoch mit Bezug auf das rechte Auge von einer normalen Sehfunktion, auszugehen ist, womit der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit über eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit verfügt. Die Ärztin erwähnt denn auch keine Argumente, die gegen dieses Zumutbarkeitsprofil sprächen. Zudem darf das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Auf den Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ ist – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. S. 4 f.) – somit nicht abzustellen.

**3.3.3** Aus dem Dargelegten folgt, dass aus ophthalmologischen Gründen für die angestammte Tätigkeit als ... und ... keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. In einer angepassten Tätigkeit sind dem Beschwerdeführer sämtliche Arbeiten, die kein exaktes räumliches binokulares Sehen erfordern, zu 100% möglich. Dabei sollten keine Leitern und Gerüste bestiegen, keine feinmechanischen Arbeiten ausgeführt und keine Bedienung gefährlicher grosser Maschinen ausgeübt werden. Der Beschwerdeführer ist in der Lage, körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 25 kg durchzuführen. Ständige Überkopfarbeiten sind zu vermeiden (act. II 54.1 S. 16 f.).

**3.4** Der Sachverhalt ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 13. März 2015 (act. II 54.1) hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162; vgl. dazu auch die prozessleitenden Verfügungen vom 3., 17. und 26. Juli 2018).

**4.** Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

**4.1** 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2** 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 BFS herausgegebenen 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 pflichtgemäsem 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).

**4.3** Beim Valideneinkommen hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, gestützt (act. IIA 125 S. 1). Wie sich aus den Akten ergibt, hat der Beschwerdeführer – entgegen seinen stets anderslautenden Erklärungen (vgl. u.a. act. II 54.4 S. 6 Ziff. 2.6) – seine letzte, nur kurze Zeit innegehabte Stelle bei der D. \_\_\_\_\_ aus iv-fremden Gründen verloren. So ergibt sich aus dem Kündigungsschreiben vom 24. September 2013 (act. II 8 S. 9) unzweifelhaft, dass nicht das Unfallereignis vom 1. September 2013, sondern der Nicht-Wiederantritt der Arbeitsstelle nach den Ferien zur fristlosen Auflösung des Arbeitsverhältnisses geführt hat. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3.3 hiavor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Juli 2012, 8C\_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

Stellt man zu Gunsten des Beschwerdeführers hinsichtlich der Leistungsfähigkeit auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 29. Janu-

ar 2018 (act. IIA 124 S. 3) ab, so beträgt der Invaliditätsgrad maximal 10%. Soweit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer darüber hinaus einen 5%igen Tabellenlohnabzug gewährt hat (vgl. Verfügung vom 6. April 2018; act. IIA 125 S. 1), lässt sich dies in Anbetracht des Umstandes, dass die Sehbehinderung bereits vor der Einreise in die Schweiz (ca. im Jahre 2001; act. II 54.7 S. 2) eingetreten ist und zudem der Beschwerdeführer die letzte Stelle aus iv-fremden Gründen verloren hat, grundsätzlich nicht rechtfertigen. Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin ist daher als sehr wohlwollend zu beurteilen. So oder anders resultiert – wie die Beschwerdegegnerin ausführlich dargelegt hat (act. IIA 125 S. 3) – ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

**4.4** Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 6. April 2018 als rechtmässig und die angefochtene Beschwerde ist 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Ebenso hat die Beschwerdegegnerin – trotz ihres Obsiegens – keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG; vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**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):
  - 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.