

200 18 377 IV
KOJ/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. November 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. April 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juni 2016 wegen starker Schmerzen der Beinmuskulatur bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor. Insbesondere holte sie bei den behandelnden Ärzten Berichte inkl. der medizinischen Vorakten (AB 17, 18, 22, 30, 34, 39, 44) sowie die Akten der Krankentaggeldversicherung ein (AB 19.1 – 19.4, 40.1 – 40.4).

Zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts beauftragte die IV-Stelle im März 2017 Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie, mit einer medizinischen Untersuchung des Versicherten (AB 48, 50) sowie, nachdem die neurologische Untersuchung keine Erklärung für die geklagte Schmerzproblematik gebracht hatte (AB 56), nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 57) und Aktualisierung der medizinischen Akten (AB 62) im September 2017 die D._____ (MEDAS) mit einer bidisziplinären Begutachtung in den Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie (AB 65). Das entsprechende Gutachten datiert vom 2. Februar 2018 (AB 71.1).

Mit Vorbescheid vom 14. Februar 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 11% die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass ihm aus medizinischer Sicht eine angepasste, namentlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit in einem Pensum von 100% ohne Leistungsminderung zumutbar sei. Bei einem Invaliditätsgrad von 11% bestehe kein Rentenanspruch (AB 72).

Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte am 26. Februar 2018 Einwand (AB 73), welchen er, neu vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 5. April 2018 nachbegründen liess (AB 79).

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD zu den erhobenen Einwänden (AB 81 f.) verfügte die IV-Stelle am 12. April 2018 ihrem Vorbescheid vom 14. Februar 2018 entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 83).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 14. Mai 2018 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, zusätzlich eine medizinische Begutachtung durch einen Spezialisten/eine Spezialistin aus dem Fachbereich der Diagnostizierung und Behandlung peripherer Neuropathien anzuordnen und nach Vorliegen der Begutachtung allenfalls seine funktionelle Leistungsfähigkeit zu evaluieren. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 Anträ-

gen 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 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. April 2018 (AB 83). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähig-

keit (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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

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 Dreiviertelrente, 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. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs.

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 Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 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).

2.6 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).

2.7 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2).

2.8 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

2.9 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den die Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94).

3.

Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1 Bei therapierefraktärem polymyalgischem Krankheitsbild (AB 17 S. 2 ff., AB 18 S. 14 ff.) wurde mit dem Beschwerdeführer im Februar 2014 eine Kurzhospitalisation auf der Bettenstation des Spitals E._____ vereinbart. Anlässlich dieser vom 19. bis 28. Februar 2014 dauernden Hospitalisation liess sich – bis auf eine mässige Dekonditionierung – keine somatische Ursache der Beschwerden evaluieren (AB 18 S. 11 f.).

Vom 17. März bis 6. Juni 2014 nahm der Beschwerdeführer zur Behandlung einer muskulären Dysbalance im Beckengürtel mit Insuffizienz der Hüftstabilisatoren und der Oberschenkelmuskulatur sowie einer Dysbalance der Rumpfstabilisatoren inkl. Protraktion an beiden Schultern an einem intensiven ambulanten multimodalen Rehabilitationsprogramm mit Physiotherapie, Krafttraining, Badtherapie und Ausdauertraining teil. Am Ende des Programms nahm er die Arbeit wieder zu 50% an drei Tagen die Woche auf (AB 18 S. 9 f.). Ab Juli 2014 arbeitete er wieder zu 75% an vier Tagen die Woche (AB 19.2 S. 4; siehe auch AB 18 S. 5 f.).

Im November 2014 fand eine neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie, statt. Dieser hielt als Diagnosen ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie ein polymyalgisches Beschwerdebild fest. Die durchgeführten neurographischen Untersuchungen seien gänzlich normal ausgefallen; eine Polyneuropathie sei ausgeschlossen. Die Beschwerden an den Beinen müssten demzufolge dem polymyalgischen Schmerzsyndrom zugeordnet werden (AB 22 S. 12 f.).

Ab Januar 2015 nahm der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder zu 100% auf (siehe AB 19.2). Im Rahmen einer Nachkontrolle im Spital E._____ vom 9. März 2015 wurden keine myofaszialen Tenderpoints im Bereich der unteren Extremitäten, keine Gelenkschwellungen und auch keine Arthralgien festgestellt. Sensibilität und Kraft waren symmetrisch intakt. Gemäss Bericht klagte der Beschwerdeführer jedoch weiterhin über intermittierende

Schmerzen im Bereich der lateralen sowie anterioren Oberschenkel (AB 18 S. 3 f.).

3.2

3.2.1 Ab dem 26. März 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F._____, Facharzt für Anästhesiologie, zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (AB 19.2 S. 2). Am 8. April 2016 fand eine Nachkontrolle im Spital E._____ statt. Diese ergab als Diagnose unverändert ein polymyalgisches Beschwerdebild. Aufgrund einer erneuten Zunahme der Myalgien im Bereich des Beckengürtels und der Oberschenkel beidseits, welche bei Belastung deutlich ausgeprägter seien, sei der Beschwerdeführer bei anamnestic ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation mit Problemen am Arbeitsplatz seit Ostern zu 100% krankgeschrieben. Eine psychologische Unterstützung lehne er aktuell ab. Von einer diffusen Druckdolenz der Oberschenkelmuskulatur abgesehen bestünden klinisch keine pathologischen Befunde. Analgetika würden nur noch selten eingenommen, da diese sowieso nichts nützten. Es seien keine weiteren Verlaufskontrollen geplant, wobei der Beschwerdeführer bei Bedarf jederzeit für eine erneute Beurteilung zugewiesen werden könne. Inzwischen erfolge eine Behandlung bei Dr. med. F._____, Schmerztherapeut in ... (AB 18 S. 1 f.).

3.2.2 Mit Arztbericht vom 28. Juni 2016 hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Hausarzt des Beschwerdeführers, als Diagnose ebenfalls ein polymyalgisches Beschwerdebild fest. Der Beschwerdeführer leide unter muskulären Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Bei Belastung würden die Schmerzen im Bereich des Beckengürtels und der Oberschenkelmuskulatur stark zunehmen. Gemäss Dr. med. F._____ sei er deswegen seit dem 28. März 2016 zu 100% arbeitsunfähig (AB 22 S. 2 ff.).

3.2.3 Mit Kostengutsprachege such vom 1. Oktober 2016 hielt Dr. med. F._____ als Diagnosen chronische, Oberschenkelbetonte neuromuskuläre Schmerzen beider Beine, einen Verdacht auf eine Small-Fiber-Neuropathie im Bereich der unteren Extremitäten sowie eine Polymyalgia rheumatica fest. Alle bisher getätigten Therapien hätten dem Beschwerdeführer nur gerade initial, für wenige Tage, eine gewisse Beschwerdelinde-

rung gebracht. Da die Beschwerden beibehalten seien und sicherlich eine neuropathische Komponente aufweisen würden, empfehle er die Implantation eines neuromodulativen Systems (AB 30). Im November 2016 fand die entsprechende Implantation statt (AB 34 S. 1 ff.). Gemäss Aktennotiz teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle am 9. Dezember 2016 mit, dass er durch den Neurostimulator keine relevante Verbesserung verspüre. Er habe nach wie vor Schmerzen in der Muskulatur. So könne er keinesfalls zurück zur Arbeit. Der nächste Termin bei Dr. med. F. _____ sei am 19. Dezember 2016 (AB 35).

3.2.4 Mit Bericht vom 10. Februar 2016 (recte: 2017) hielt Dr. med. F. _____ als Diagnosen chronische lumbospondylogene Schmerzen, eine Small-Fiber-Neuropathie in beiden Beinen sowie einen Zustand nach Implantation einer spinal cord stimulation (SCS) fest. Bezüglich der Beschwerden in beiden Unterschenkeln als Folge einer ausgeprägten Small-Fiber-Neuropathie und der konsekutiven Beschwerden in beiden Oberschenkeln mit ausgeprägten Myogelosen habe sich eine ca. 50%ige Verbesserung mit einer aktuellen Gehfähigkeit von bis zu 90 Minuten eingestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit habe sich keine Änderung ergeben. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig und werde in seinem Beruf nicht mehr arbeitsfähig sein (AB 44).

3.2.5 Im März 2017 beauftragte die IV-Stelle zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts den Neurologen Dr. med. C. _____ mit einer medizinischen Untersuchung des Versicherten. Diese ergab als Diagnose eine chronische Schmerzkrankung unklarer Ätiologie und als Differentialdiagnose ein polymyalgisches Beschwerdebild. Eine Polyneuropathie bestehe nicht. Es fänden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen einer Affektion der kleinen Nervenfasern (Small fibers). Die ergänzend durchgeführten sympathisch-sudomotorischen Testungen seien normal ausgefallen. Körperlich zeige sich ein etwas untersetzter, kräftiger Patient ohne trophische Störungen und ohne Reflexasymmetrie. Einzig auffällig seien mässige paravertebrale Druckdolenzen. Eine strukturelle neurologische Problematik als Ursache für die Schmerzen finde er nicht. Bei normalem neurologischem Untersuchungsbefund sehe er von weiteren diagnostischen Massnahmen ab (AB 56).

3.2.6 Mit Verlaufsbericht vom 25. Juli 2017 hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers in diagnostischer Hinsicht unverändert chronische polymyalgiforme Schmerzen fest. Der Gesundheitszustand sei stationär. Dem Beschwerdeführer seien keine schweren körperlichen Arbeiten mehr möglich. Das Tragen von Gewichten bis 15 kg sei möglich. Ganz leichte körperliche Arbeiten seien noch zumutbar. Die bisherige Erwerbstätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (AB 62 S. 2 ff.).

3.2.7 Mit Bericht vom 22. September 2017 hielt auch Dr. med. F. _____ fest, dass sich die Situation bei unveränderten Diagnosen bis dato nicht wesentlich verändert habe. Im Ruhezustand zeige der Beschwerdeführer eine gute Abdeckung der Rückenbeinbeschwerden und die Gehfähigkeit bleibe wie bis anhin limitiert auf maximal 90 Minuten. Die Belastungsfähigkeit habe sich nicht verändert. Der Beschwerdeführer zeige nach wie vor unter erhöhter Belastung die bekannten Waden- und Oberschenkelkrämpfe, die sich leider weder durch SCS noch durch Medikamente adäquat behandeln liessen. Diesem Umstand sei Rechnung zu tragen. Eine zukünftige Arbeitsfähigkeit sei sicherlich ausgeschlossen (AB 68).

3.2.8 Das hierauf zur Klärung der den Schmerzen zugrundeliegenden Krankheit, der damit verbundenen funktionellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie des medizinischen Zumutbarkeitsprofils (vgl. AB 57 S. 5) von der IV-Stelle in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten der MEDAS in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie vom 2. Februar 2018 (AB 71.1) ergab als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom im Oberschenkel-Becken-Lendenbereich unklarer Spezifität (ICD-10: M79.1), allenfalls im Rahmen einer ausgeprägten muskulären Dysbalance mit insbesondere massiver Verkürzung der femoralen Muskulatur beidseits sowie als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54; AB 71.1 S. 15).

Aufgrund der klinischen Befunde sei das Beschwerdebild am ehesten auf eine muskuläre Dysbalance vom Lenden-Becken-Oberschenkeltyp zurückzuführen. Hinweise für eine Arthropathie im Bereich der Beine, eine von der Wirbelsäule ausgehende Problematik oder eine Durchblutungsstörung seien nicht fassbar. Auch hätten sich anlässlich der neurologischen Untersu-

chung vom Juli 2017 keine Hinweise für eine neurologische Beschwerdeursache ergeben. Insgesamt könnten die hohe subjektive Schmerzintensität und die ausgeprägte Behinderung nicht durch objektivierbare somatische Befunde begründet werden. Funktionell bestehe lediglich eine leicht eingeschränkte Belastbarkeit beider Beine. Körperlich schwere Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen sowie wiederholtem Abknien seien nicht mehr zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als ... könne deshalb nur noch mit einer Einschränkung von mindestens 50% ausgeübt werden. Für eine geeignete Tätigkeit ohne starke körperliche Belastung und ohne häufiges Abknien sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Gestützt auf die Aktenlage sei davon auszugehen, dass die aktuell attestierte Einschränkung in der angestammten Tätigkeit um 50% seit circa März 2016 vorliege (AB 71.1 S. 14).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung konnten keine psychopathologischen Befunde erhoben werden. Der Beschwerdeführer sehe sich als kaum arbeitsfähig an. Er arbeite jedoch im Haushalt mit, fahre Auto, habe eine gute Beziehung zu seinen Familienangehörigen. Aufgrund der geschilderten Aktivitäten sei es nicht nachvollziehbar, dass er sich subjektiv als nicht arbeitsfähig fühle. Er habe seine Berufstätigkeit aufgegeben, ansonsten habe sich das Aktivitätsniveau nicht verändert (AB 71.1 S. 8 f.). Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen, bestreite den Alltag jedoch trotzdem aktiv. Er sei in der Lage, bis zu zwei Stunden Auto zu fahren und bis zu zwei Stunden Spaziergänge zu unternehmen. Er sei im Alltag nicht durch schwere, quälende Schmerzen erheblich beeinträchtigt, sodass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54). Diese sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Es bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei (AB 71.1 S. 7).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zur bidisziplinären Beurteilung, schwere Tätigkeiten oder auch die angestammte Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer noch zu 50% zumutbar. Für körperlich leichte bis intermit-

tierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufiges Abknien bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden – bei nicht ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation – beschreibend einer Schmerzverarbeitungsstörung zuzuordnen. Eine Komorbidität liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Gemäss Prüfung der Indikatoren und Inkonsistenzprüfung könne aufgrund der Schmerzverarbeitung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit, allgemein in körperlich schweren, erheblich belastenden Tätigkeiten, ab März 2016 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen sei. In leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe hingegen nach wie vor eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 71.1 S. 15). Aus rheumatologischer Sicht empfehle sich eine intensive Physiotherapie (AB 71.1 S. 16).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2018 (AB 83) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Ergebnisse der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. C. _____ vom 7. Juli 2017 (AB 56; vgl. E. 3.2.5 hiervor) sowie auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 2. Februar 2018 (AB 71.1; vgl. E. 3.2.8 hiervor). Beiden Expertisen ist vorliegend volle Beweiskraft zuzuerkennen. Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Anamnese abgegeben worden, in der Darlegung des medizinischen Sachverhalts und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet (vgl. E. 2.5 hiervor).

Dass der rheumatologische Gutachter zur Behandlung der festgestellten muskulären Dysbalance im Oberschenkelbereich eine intensive Physiothe-

rapie mit insbesondere Massnahmen zur Detonisierung und Dehnung der ventralen Oberschenkelmuskulatur empfiehlt, steht entgegen des Vorbringens in der Beschwerde S. 4 oben nicht in Widerspruch zur Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufiges Abknien uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig ist und lediglich körperlich schwere Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen sowie wiederholtem Abknien nicht mehr zumutbar sind (vgl. E. 3.2.8 hiervor). Die vom Gutachter empfohlene intensive Physiotherapie dient der Behandlung der muskulären Dysbalance im Oberschenkelbereich (AB 71.1 S. 14) und ist nicht Bedingung für die Ausübung von angepassten Tätigkeiten. So verspricht sich der Gutachter von der Behandlung denn auch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit (AB 71.1 S. 14 unten).

Dass der den Beschwerdeführer schmerztherapeutisch behandelnde Dr. med. F. _____ diesem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten bescheinigt (AB 68, Beschwerdebeilage [BB] 3), kann für sich allein nicht als Indiz gegen die Zuverlässigkeit der diesbezüglichen gutachterlichen Beurteilung gewertet werden. Weder begründet Dr. med. F. _____ in seinen Berichten, weshalb der Beschwerdeführer auch in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne häufiges Abknien arbeitsunfähig sein soll noch sind aus seinen Berichten Aspekte ersichtlich, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Seine anderslautende Einschätzung beruht vielmehr allein auf einer abweichenden subjektiven ärztlichen Interpretation des von den Gutachtern bereits vollumfänglich berücksichtigten (medizinischen) Sachverhalts, was nicht genügt, um die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (vgl. E. 2.8 hiervor). Umso weniger, als in diesem Zusammenhang auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass schmerztherapeutisch tätige Ärzte mit dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Dass Dr. med. F. _____ als Facharzt für Anästhesiologie trotz eines normalen neurologischen Untersuchungsbefundes anlässlich der Begutachtung durch den Neurologen Dr. med. C. _____ im Juli 2017 (AB 56) nach wie vor verschiedene Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen aus dem neurologischem Fachgebiet stellt, ohne diese zu begründen (vgl. AB 68, BB 3), vermag an der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit des neurologischen Gutachtens keine Zweifel zu erwecken. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie, in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. April 2018 schlüssig und nachvollziehbar darlegt, ergeben sich keine neuen Ansatzpunkte. Dr. med. C. _____ hat die relevanten Zusatzuntersuchungen (EMG, ENG, Schweisstestung) durchgeführt und den medizinischen Sachverhalt damit aus neurologischer Sicht umfassend abgeklärt (vgl. AB 56 und 82). Bei dieser Ausgangslage war im Rahmen der ABI-Begutachtung keine neurologische Abklärung mehr nötig bzw. kein neurologischer Gutachter beizuziehen (vgl. E. 2.7 hiavor).

4.2 Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Dargelegten rechtsgenügend abgeklärt. Da von weiteren Abklärungen keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, ist auf solche in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 2.9 hiavor) zu verzichten. Es braucht vorliegend weder eine erneute neurologische Begutachtung noch eine separate Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Gestützt auf die medizinischen Akten ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen sowie wiederholtem Abknien nicht mehr zumutbar sind und die angestammte Tätigkeit als ... deshalb nur noch mit einer Einschränkung von mindestens 50% ausgeübt werden kann, dass er aber für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufiges Abknien noch uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig ist. Solche Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer auch mit Blick auf sein Alter von im massgebenden Zeitpunkt (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462) 62 Jahren noch zumutbar und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhanden. Von einer fehlenden Responderwerbssfähigkeit im Rahmen einer Selbsteingliederung kann angesichts der nach wie vor uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit für sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne häufiges Abknien und der langjährigen Berufs-

erfahrung des Beschwerdeführers mit den daraus resultierenden, zweifellos auch ausserhalb des Berufs als ... anwendbaren Qualifikationen und Fertigkeiten trotz dessen fortgeschrittenen Alters nicht gesprochen werden (vgl. Entscheid des BGer vom 23. August 2018, 8C_892/2017, E. 5). Auch steht eine intensive ambulante Physiotherapie der Ausübung einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nicht entgegen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat den Invaliditätsgrad in der Folge korrekt bemessen. Der durchgeführte Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass (vgl. AB 83 S. 1 f.). Entsprechend wird er vom Beschwerdeführer denn auch nicht beanstandet.

Bei einem korrekt ermittelten Invaliditätsgrad von 11% besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. April 2018 (AB 83) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - Rechtsanwalt 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.