

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Januar 2019**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

und

**C.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 5. Juni 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 23. Januar 2014 unter Hinweis auf seit Anfang September 2013 bestehende Rückenschmerzen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese tätigte in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie beim Spital D.\_\_\_\_\_, ein Gutachten vom 11. Januar 2016 (AB 61.1) sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; vgl. Bericht vom 2. Februar 2016 [AB 61.2]) erstellen. Nach einer vom 10. Januar bis zum 10. April 2017 im Spital E.\_\_\_\_\_ erfolgten Rehabilitation (vgl. Bericht vom 24. April 2017 [AB 78/2]) und auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Beurteilung vom 27. Juli 2017 [AB 82]) holte die IVB bei der F.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend MEDAS) ein bidisziplinäres psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten vom 23. Januar 2018 (AB 99.1/2) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 101 ff.) und Einholen einer RAD-Stellungnahme vom 22. Mai 2018 (AB 108) verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. Juni 2018 (AB 109) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 36% einen Rentenanspruch.

### **B.**

Mit Eingabe vom 4. Juli 2018 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde. Er beantragt die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei ein Obergutachten in Auftrag zu geben und gestützt darauf den Invaliditätsgrad neu zu bemessen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Juli 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Juli 2018 hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest.

Am 25. September 2018 forderte der zuständige Instruktionsrichter die MEDAS auf, zu diversen Punkten im Gutachten vom 23. Januar 2018 erläuternd Stellung zu beziehen. Dessen Stellungnahme datiert vom 2. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten). Hierzu äusserten sich die Parteien mit Eingaben vom 13. bzw. 30. November 2018.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Januar 2019 lud der Instruktionsrichter die C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beigeladene), zum Verfahren bei und forderte sie zur Stellungnahme auf. Mit Schreiben vom 22. Januar 2019 schloss sich diese vollumfänglich den Anträgen sowie der Begründung der Beschwerdegegnerin an und verzichtete auf eine weitere Stellungnahme.

## **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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 5. Juni 2018 (AB 109). 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). 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 Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf

dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Gutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 (AB 61.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom links (ICD-10 M54.07) diagnostiziert (S. 20). Der Versicherte leide an einer chronifizierten myofaszialen Schmerzsymptomatik lumbosakral links mit peripher und zentral vorliegender Sensibilisierung und konsekutiver Schmerzausweitung. Weiter bestehe eine deutliche Dekonditionierung (S. 19). Aufgrund der Befunderhebung und der zusätzlich angefertigten EFL sei dem Versicherten eine wechselbelastende, sehr leichte oder vorwiegend sitzende Tätigkeit möglich. Allerdings zeige sich einerseits eine geringe Leistungsbereitschaft, andererseits sei aufgrund der erheblichen Symptomausweitung und Selbstlimitierung eine fehlende Beurteilung der zeitlichen Belastung vorhanden. Die beobachtete, vom Versicherten demonstrierte Belastbarkeit liege deutlich unter den Belastungsan-

forderungen der bisherigen Tätigkeit als ... (S. 25 Ziff. 2). Aus prognostischen Gründen sollte zuerst ein interdisziplinäres Rehabilitationsverfahren eingeleitet werden. Im Anschluss daran sei von einer mindestens 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 26 Ziff. 2).

**3.1.2** Im Rehabilitationsbericht vom 24. April 2017 (AB 78/2) führte das Spital E. \_\_\_\_\_ aus, dadurch, dass der Versicherte in allen Bewegungsrichtungen funktionell massiv eingeschränkt und durch starke Schmerzen limitiert sei, seien physiotherapeutische Interventionen kaum möglich. Ein effizienter Muskelaufbau könne nur mit adäquater Gewichtsbelastung erreicht werden. Dies sei aufgrund der Schmerzen nicht möglich. Passive Massnahmen verlangten Körperpositionen, die wiederum aufgrund der Schmerzen und der Bewegungseinschränkungen nicht eingenommen werden könnten. Die Ergotherapie zur Ergonomieberatung im Alltag habe abgebrochen werden müssen, da der Versicherte sehr viele Alltagstätigkeiten nicht oder nur mit ausgeprägten Ausweich- und Kompensationsbewegungen durchführen könne. Aus therapeutischer Sicht müssten in einer ersten Phase die Schmerzen suffizient behandelt werden, damit der Versicherte zu physiologischer Bewegung fähig sei. Erst dann könne ein Kraftaufbau mit funktionellem Fokus wieder in Betracht gezogen werden.

**3.1.3** Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2017 (AB 89/3) ein chronisches tieflumbales Schmerzsyndrom. In den letzten Monaten und seit der letzten Konsultation im Mai habe sich die Beschwerdesymptomatik für den Versicherten sicherlich nicht gebessert, tendenziell sei eher eine Verschlechterung eingetreten. Er verspüre nach wie vor sehr intensive und teilweise auch massive tieflumbale Beschwerden mit auch subjektiv einer Bewegungseinschränkung vor allem für die Flexion, häufig brennende Sensationen in der Muskulatur (S. 3). Bezüglich der medizinischen Therapierbarkeit hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, er halte eigentlich jetzt den Schritt hin zu einer zumindest probatorischen Fixation der Etagen L4 auf S1 mittels eines externen Fixateurs für sinnvoll, um dem Versicherten besser darüber Anhalt zu geben, ob eine solche Stabilisierung Einfluss auf die Beschwerden haben könnte. Resultate von Interventionen seien grundsätzlich variabel und speziell in diesem

Fall sehr schlecht vorhersagbar. Dementsprechend würde man sicherlich auch zunächst von einer definitiven Fixation absehen (S. 4).

**3.1.4** Im MEDAS-Gutachten vom 23. Januar 2018 (AB 99.1/2) wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) diagnostiziert (S. 20 Ziff. 5.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden intermittierende Dysästhesien aller Zehen beider Füsse unklarer Ätiologie (ICD-10 M25.5; S. 21 Ziff. 5.2). Die segmentale Prüfung der LWS habe eine deutliche Bewegungseinschränkung in den Segmenten L4/5 und L5/S1 mit schlechterer Bewegungsfähigkeit nach links als nach rechts ergeben. Die thorakale Bewegungsprüfung sei endphasig leicht eingeschränkt gewesen. Die HWS zeige eine leichte kaum nennenswerte Bewegungseinschränkung der Rotation nach links. Der periphere Gelenkstatus an den oberen und unteren Extremitäten sei unauffällig gewesen. Auch die radiologischen Befunde hätten kein Korrelat für die angegebenen Beschwerden gezeigt. Es hätten klare Hinweise für eine Schmerzverdeutlichungstendenz und eine erhebliche Selbstlimitierung bestanden. Es müsse von einer erheblichen psychosozialen Überlagerung des Schmerzbildes ausgegangen werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die jahrelange angestammte Tätigkeit als ... und für jegliche mittel- bis schwerbelastende berufliche Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Für eine körperlich leichte, mehrheitlich sitzend durchzuführende Arbeit an einem ergonomisch eingestellten Arbeitsplatz bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 80%-ige ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der Versicherte sollte stets die Möglichkeit haben, seine Arbeitsposition zu wechseln. Stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder Rückhaltepositionen sollten vermieden werden. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe max. 10 kg, über Taille max. 7.5 kg betragen (S. 21 f. Ziff. 6). Aufgrund der weitgehend therapieresistenten Beschwerden und unter Berücksichtigung des zusätzlich durchgeführten SPECT der LWS und ISG links vom 22. Dezember 2017 (AB 95) bestehe aus klinisch-rheumatologischer Sicht keine klare Indikation für einen durchaus massiven Eingriff im Sinne eines probatorischen Fixateurs extern (AB 99.1/2 S. 20 Ziff. 4.8). Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keinerlei psychopathologische Befunde erhoben und

keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 22 Ziff. 6).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, kam in der Aktenbeurteilung vom 22. Mai 2018 (AB 108) zum Schluss, das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 23. Januar 2018 (AB 99.1/2) berücksichtige die relevanten medizinischen Vorakten, beruhe auf eigenen Untersuchungen der involvierten Fachdisziplinen und sei in seinen Schlussfolgerungen schlüssig und nachvollziehbar begründet. Ebenso sei es für die strittigen Belange umfassend. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne vollumfänglich darauf abgestellt werden. Ergänzend sei anzumerken, dass kein psychisches Leiden habe erhoben werden können und somit aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die gegen den Vorbescheid vom 19. Februar 2018 (AB 101) vorgebrachten Einwände würden nichts an der Schlüssigkeit des bidisziplinären MEDAS-Gutachtens ändern und es könne weiter an dessen Ausführungen und Feststellungen festgehalten werden (S. 3 f.).

**3.1.6** In der Stellungnahme vom 2. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten) führte die MEDAS aus, in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für psychosoziale Belastungen gefunden. Der Versicherte habe einzig geschildert, dass er im Alltag durch seine Schmerzen eingeschränkt sei. Er habe nicht von finanziellen Engpässen berichtet, jedoch dass er regelmässig Kontakt mit seinen Kollegen und Freunden habe und dass er über einen grossen Freundeskreis verfüge. Er habe sich auch nie in psychiatrischer Behandlung befunden. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung in der MEDAS hätten keinerlei psychische Beschwerden festgestellt werden können. Somit sei die Feststellung des rheumatologischen Gutachters von einer „erheblichen psychosozialen Überlagerung des Schmerzbildes“ unglücklich gewählt. In Anbetracht der Nachfrage und der nochmaligen Auseinandersetzung mit dem Gutachten müsse diese Aussage zurückgezogen werden und es wäre besser, von einer funktionellen Überlagerung des Schmerzbildes zu sprechen (S. 1). Da keine Hinweise auf psychische Belastungen, psychosoziale Belastungen oder sogar eine psychiatrische Störung vorlägen, könne weder die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung noch einer Schmerzstörung gestellt werden.

Letztendlich sei es aus psychiatrischer Sicht nicht erklärbar, wieso sich der Versicherte aufgrund der somatischen Beschwerden, die sich nicht hinreichend objektivieren liessen, derart eingeschränkt fühle (S. 1). Jedenfalls lägen keine Hinweise auf psychische oder soziale Belastungen vor, die allenfalls zu einer psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden hätten führen können. Es fänden sich keine Anzeichen für eine psychische Störung, die allenfalls hätte dazu beitragen können, dass der Versicherte sich durch seine Schmerzen mehr beeinträchtigt fühle, als dass es den objektivierbaren Befunden entspreche. Zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass die funktionelle Überlagerung des Schmerzbildes letztendlich psychiatrisch nicht erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könne eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert werden (S. 2).

Vom rheumatologischen Gutachter sei die gesamte klinische Symptomatik ausführlich dargelegt worden. Insbesondere seien auch die effektiv objektivierbaren patho-anatomischen Befunde im Bereich des lumbalen Achsenskeletts in der Gesamtbeurteilung mitberücksichtigt worden. Auf die erhebliche Diskrepanz in Bezug auf das Ausmass der vom Versicherten beklagten Schmerzsymptomatik gegenüber den effektiv feststellbaren patho-anatomischen Befunden sei hingewiesen und erwähnt worden, dass verschiedenste adäquat durchgeführte schmerzinterventionelle Massnahmen das Beschwerdebild zu keinem Zeitpunkt positiv hätten beeinflussen können. Ebenfalls habe im Status der Eindruck gewonnen werden können, dass der Versicherte eine Schmerzverdeutlichungstendenz aufgewiesen habe. Trotz dieser Diskrepanzen habe rein klinisch und unter Berücksichtigung der erwähnten MRT die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms aus rheumatologischer Sicht festgestellt werden können, im Rahmen erheblicher Dysfunktionen der untersten zwei Wirbelsäulenabschnitte, basierend auf einer Osteochondrose im lumbosakralen Übergang. Diese Befunde würden negativ begünstigt durch eine muskuläre Dysbalance. Da effektiv patho-anatomische lumbale Veränderungen am Achsenskelett vorlägen, welche dauerhaft und nicht reversibel seien, habe dies zur Einschätzung einer 80%-igen, ganztägig verwertbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter den im Gutachten dargelegten spezifischen Arbeitsplatzbedingungen geführt. Die Tatsache, dass keine massiven Befun-

de am lumbalen Achsenskelett vorlägen, sei in diesem Sinne unerheblich. Es bestünden objektivierbare degenerative Veränderungen am lumbalen Achsenskelett, welche nicht reversibel seien und konsekutiv in diesem Sinne eine übliche ganztägige adaptierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht zulassen würden. Eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% sei nach wie vor zu bestätigen (S. 2). In Bezug auf therapeutische Massnahmen sei im Gutachten erwähnt worden, dass grundsätzlich die Indikation für eine medizinische Trainingstherapie bestünde. Diese Aussage sei grundsätzlicher Natur bei degenerativ lumbalen Rückenbeschwerden, ob diese nun zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führten oder nicht. Diese Aussage sei klar nicht in dem Sinne postuliert worden, als dass eine medizinische Trainingstherapie eine primäre Voraussetzung zur Umsetzung der 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit darstellen würde. Diese Aussage sei in diesem Sinne so nicht im Gutachten abgegeben worden (S. 2). Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht konstatiert werden, dass einerseits zwar eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem gesamten Ausmass der subjektiv beklagten, weitgehend therapieresistenten Beschwerden bestehe, wie diese im Gutachten ausführlich aus rheumatologischer Sicht dargelegt worden sei. Andererseits bestünden degenerative Veränderungen am lumbalen Achsenskelett, welche zu einer nachvollziehbaren Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im erwähnten Rahmen führe. Medizinische Trainingstherapien seien nicht zwingende Voraussetzung zur langfristigen Umsetzung einer solchen Arbeitsleistung, sondern ein grundsätzlicher Pfeiler jeglicher üblichen langfristigen Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Lumbalgie, unabhängig davon, ob sie im Arbeitsprozess integriert oder dauerhaft eingeschränkt seien. In diesem Sinne werde an der Einschätzung festgehalten, dass der Versicherte für eine körperlich leichte, mehrheitlich sitzend durchzuführende, adaptierte berufliche Tätigkeit insgesamt eine 80%-ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufweise (S. 3).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander wi-

dersprechenden 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** Mit Bezug auf das vorliegend interessierende Beweisthema erfüllt das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 23. Januar 2018 (AB 99.1/2) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor) und die zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Rahmen der Stellungnahme vom 2. Oktober 2018 abgegebenen Erläuterungen überzeugen. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem bidisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal seine Schlussfolgerungen sowohl durch den RAD-Bericht vom 22. Mai 2018 (AB 108) als auch die MEDAS-Stellungnahme vom 2. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten) bestätigt und präzisiert werden. Die vom Beschwerdeführer dagegen erhobenen Einwände ändern – wie nachfolgend dargelegt – daran nichts.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 3.2 und Replik S. 3) ist die in der Konsensbeurteilung übernommene (AB 99/2 S. 21 Ziff. 6) und an sich durch das psychiatrische Teilgutachten (S. 10 Ziff. 3.3 und 3.7) widerlegte Vermutung des rheumatologischen Gutachters, mangels Vereinbarkeit mit den objektiven Befunden müsse von einer psychosozialen Überlagerung ausgegangen werden (S. 19 Ziff. 4.4), der Beweiskraft des Gutachtens nicht abschlägig. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine erläuterungsfähige Ungenauigkeit in der Gesamtbeurteilung. Denn massgebende Grundlage der Konsensbesprechung bilden die beiden Teilgutachten, wobei für extrasomatisch vermutete Einflüsse auf das Schmerzverhalten das psychiatrische Teilgutachten wegleitend ist. Und dieses ist in diesem Punkt eindeutig, wie nachfolgend dargelegt wird, weshalb – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. u.a. Beschwerde S. 2 Eventualbegehren, S. 7 Ziff. 3.2, S. 8 Ziff. 3.3, Replik S. 3 sowie Stellungnahme vom 30. November 2018 S. 3) – weitere medizinische Abklärungen folglich nicht angezeigt sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

In Übereinstimmung mit den medizinischen Vorakten, insbesondere dem Vorgutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 (AB 61.1), welches nebst den bildgebenden und klinischen Untersuchungen auf einer Erhebung des funktionellen Leistungsvermögens (EFL) beruht (AB 61.2), legt der rheumatologische MEDAS-Gutachter überzeugend und aufgrund der wiedergegebenen Befunderhebung nachvollziehbar dar, dass das vom Beschwerdeführer ausgeprägt demonstrierte Schmerzverhalten sich mit den erhobenen rheumatologischen Befunden nicht nachvollziehen lässt (vgl. u.a. AB 99.1/2 S. 18 f. Ziff. 4.4). Weil die (diskreten) degenerativen Befunde zu keiner Beeinträchtigung der neuralen Strukturen geführt haben (AB 99.1/2 S. 16 f. Ziff. 4.2.2 f. und S. 18 Ziff. 4.4; vgl. dazu auch AB 61.1 S. 25 V Ziff. 1) und sowohl sämtliche therapeutischen Massnahmen als auch die Einnahme von starken Schmerzmitteln zu keiner Linderung der geklagten Schmerzen geführt haben sollen (AB 99.1 S. 13 f. Ziff. 4.1), überzeugt auch die Schlussfolgerung, dass sich die vom Beschwerdeführer präsentierte deutliche lumbale Bewegungseinschränkung (sitzt nur auf einer Gesässhälfte) nicht mit den rheumatologischen Befunden erklären lässt und daher allenfalls von einer funktionellen (so explizit auf S. 18; von funk-

tionellen Beschwerden gingen auch die Rheumatologen im Vorgutachten aus [AB 61.1 S. 22 C. I. Ziff. 1]) Überlagerung ausgegangen werden muss. An der Beweiskraft dieser gutachterlichen Schlussfolgerung ändert entgegen den Einwendungen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 3.2) nichts, dass in der bidisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung im Sinne einer blossen Verdachtsdiagnose vermutet wird (... muss ...ausgegangen werden), diese funktionelle Überlagerung des Beschwerdebildes erfolge aus psychosozialen Gründen (AB 99.1/2 S. 21 Ziff. 6). Weil der psychiatrische Gutachter eben gerade keine psychosozialen Belastungen und auch sonst keine psychopathologischen Auffälligkeiten eruieren konnte, hat er denn auch nachvollziehbar im Teilgutachten das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung oder einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung ausgeschlossen (S. 10 Ziff. 3.3) und weder im Rahmen der bidisziplinären Beurteilung noch anlässlich der Erläuterung die Diagnose einer allenfalls möglichen dissoziativen Störung (i.S.d. ICD-10 F44) gestellt. Die Gutachter bestätigten im Rahmen der Gutachtens-Erläuterung vom 2. Oktober 2018 (in den Gerichtsakten) mit der nachvollziehbaren Begründung, dass anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keine psychopathologischen Befunde festzustellen waren (S. 1 f.), weshalb eine psychiatrische Diagnose definitiv nicht zu stellen ist. Der Beschwerdeführer fühlt sich denn psychisch auch nicht krank und ebenso wenig lässt sein soziales Funktionsniveau (AB 99.1/2 S. 8 unten) auf eine psychische Erkrankung schliessen. Damit muss es mit der rheumatologischen Diagnose eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms im Sinne der Kodierung ICD-10 M54.2 sein Bewenden haben. Weiter hat der Umstand, dass der rheumatologische Gutachter, anders als Prof Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 31. August 2017 [AB 89/3]), in Bezug auf die Therapierbarkeit der Beschwerden die Indikation für einen probatorischen Fixator extern für nicht klar gegeben hielt, nicht zur Folge, dass der Beweiswert des MEDAS-Gutachtens geschmälert würde (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 3.3). Denn der rheumatologische MEDAS-Gutachter begründet seine Schlussfolgerung aufgrund der weitgehend therapieresistenten Beschwerden und unter Berücksichtigung des zusätzlich durchgeführten SPECT-CT der LWS und des ISG links (AB 99.1/2 S. 20 Ziff. 4.7), welche am 22. Dezember 2017 durchgeführt wurden (AB 95). Diese radiologischen Befunde waren Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ beim Verfassen seines Berichts am 31. August 2017 nicht bekannt. Zudem

legte die RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 22. Mai 2018 (AB 108) überzeugend dar, dass die Frage bezüglich einer allfällig durchzuführenden Spondylodese nicht arbeitsfähigkeitsrelevant ist (S. 4).

Das daraus ableitbare medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil wird von den MEDAS-Gutachtern nachvollziehbar begründet und berücksichtigt eine Einschränkung in der Grössenordnung von 20% (AB 99.1/2 S. 21 Ziff. 6; vgl. dazu auch die Ausführungen in der MEDAS-Erläuterung vom 2. Oktober 2018 [in den Gerichtsakten]). Darauf ist aufgrund der Klarstellung in der Gutachtenserläuterung abzustellen. Von einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist dagegen und entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 11 f. Ziff. 3.5) nicht auszugehen, legt doch der rheumatologische Gutachter dar, dass sich die im rheumatologischen Gutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von bloss aber mindestens 50% aufgrund der erhobenen Befunde nicht nachvollziehen lässt (AB 99.1/2 S. 19 f. Ziff. 4.7). Dies überzeugt deshalb, weil die Vorgutachter diese Aussage mit Bezug auf die von ihnen vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen machten (AB 61.1, S. 25 IV. 2 „Aktuell gehen wir ...“) und auch klar festhielten, dass es sich dabei um eine Mindestbelastung handle und vom Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet werden könne, diesbezüglich jedoch der Verlauf abzuwarten sei (S. 24 IV. Ziff. 6). Die weiteren Einwendungen des Beschwerdeführers gegen das Zumutbarkeitsprofil (vgl. Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 3.4 f.) vermögen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens in keiner Weise zu schmälern, zumal sich das Zumutbarkeitsprofil auf die objektivierbaren erhobenen Befunde bezieht, die vom Beschwerdeführer darüber hinaus geklagten Einschränkungen das subjektive Schmerzempfinden betreffen, und in erheblicher Diskrepanz zu den erhobenen und bildgebenden Befunden stehen (vgl. u.a. AB 99.1 S. 18 Ziff. 4.4) und unter Berücksichtigung der dargelegten Schmerzverdeutlichungstendenz und der gezeigten erheblichen Selbstlimitierung (vgl. u.a. AB 99.1 S. 19 Ziff. 4.4) zu verstehen sind. Auch hat die unterschiedliche Einschätzung in Bezug auf Heben von Lasten durch den rheumatologischen Gutachter des Spitals D. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 61.1 S. 19 IV.) kein Abweichen von dem von der MEDAS formulierten Zumutbarkeitsprofil zur Folge, zeigte doch der Gutachter unmissverständ-

lich auf, dass „Hantieren von Lasten selten bis 5 kg“ lediglich die vom Beschwerdeführer demonstrierte und während der EFL beobachtete Belastbarkeit betrifft, und dass von einer im Verlauf höheren Belastbarkeit ausgegangen werden kann (S. 19 IV). Das Spitals D. \_\_\_\_\_ führte denn im EFL-Bericht vom 2. Februar 2016 (AB 61.2) diesbezüglich auch aus, infolge der beobachteten erheblichen Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar (S. 2).

Zusammenfassend ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als ... sowie jede mittelschwer bis schwer belastende berufliche Arbeit nicht mehr zumutbar ist. Für eine körperlich leichte, mehrheitlich im Sitzen durchzuführende Tätigkeit an einem ergonomisch eingestellten Arbeitsplatz besteht eine ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei einer Leistungseinbusse von 20%. Der Beschwerdeführer sollte stets die Möglichkeit haben, seine Arbeitsposition zu wechseln. Stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder Rückhaltepositionen sollten vermieden werden. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille darf max. 10 kg, über Taille max. 7.5 kg betragen (AB 99.1/2 S. 22 Ziff. 6).

#### **4.**

**4.1** 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).

**4.2** 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 angepas-

ten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**4.4** Frühestmöglicher Rentenbeginn wäre unter Berücksichtigung der Sechsmonatsfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der IV-Anmeldung vom 23. Januar 2014 (AB 2) Juli 2014. Jedoch ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erst im Oktober 2014 – ein Jahr nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 9. Oktober 2013 (AB 10 S. 2 Ziff. 2.8) – abgelaufen. Damit

besteht frühestens ab Oktober 2014 Anspruch auf eine Rente, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen ist.

**4.5** Der Beschwerdeführer arbeitete ab dem 1. November 2002 als ... bei der I. \_\_\_\_\_ AG. Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (vgl. AB 28/2). Demnach wäre der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich nach wie vor bei der gleichen Unternehmung als ... tätig und es ist in der Folge das Valideneinkommen aufgrund des damals verdienten und der Nominallohnentwicklung angepassten Verdienstes zu berechnen. Entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2018 (AB 109) sind die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin zum Verdienst vom 5. April 2014 (AB 10) nicht massgebend. Denn gemäss dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; AB 13) und dem Lohnausweis (AB 104/12) war das erzielte Jahreseinkommen deutlich höher. 2012, d.h. im Jahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, verdiente der Versicherte, Fr. 87'123.--. Darin enthalten ist eine unregelmässige Prämie von Fr. 500.--, welche bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht zu berücksichtigen ist. Dieses beläuft sich damit auf Fr. 86'623.--. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2014 (Tabelle T1.1.10 des BfS, Nominallohnindex Männer, Ziff. 90-96 [95; Rep. v. Gebrauchsgütern]) ergibt dies ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 88'231.85 (Fr. 86'623.-- / 102.3 [2012] x 104.2 [2014]).

**4.6** Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Zahlen der LSE 2014 festzulegen (vgl. E. 4.3 hiervor). Gemäss deren Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level könnte er in einer leidensangepassten Tätigkeit einen monatlichen Lohn von Fr. 5'312.-- erzielen. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) sowie der Leistungsfähigkeit von 80% ergibt sich Fr. 53'162.50 (Fr. 5'312.-- x 12 / 40 Stunden x 41.7 Stunden x 80%). Hiervon ist kein Tabellenlohnabzug zu tätigen. Einerseits sind die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit sowie dem formulierten

Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. Zudem umfasst der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten Arbeiten, die die Einschränkungen des Beschwerdeführers berücksichtigen. Dieser ist seit Geburt Schweizer Bürger (vgl. AB 2 S. 1 Ziff. 1.6), weshalb das Kriterium Nationalität/Aufenthaltskategorie vorliegend keine Auswirkungen hat. Gleich verhält es sich mit dem Kriterium des Beschäftigungsgrades. Dem Beschwerdeführer ist eine ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar (vgl. E. 3.3. hiavor). Auch die übrigen Faktoren (Alter und Dienstjahre) vermögen keinen Abzug vom Tabellenlohn zu begründen. Da Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden, wirkt sich auch der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend, sondern im Kompetenzniveau 1 sogar lohn erhöhend aus (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 6.3; vgl. auch Tabelle T17 der LSE 2014). Weiter gilt es zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt dem Umstand, dass der Beschwerdeführer im Rahmen einer Verweistätigkeit keine Dienstjahre und kein Erfahrungswissen aufweist, keine relevante Bedeutung zu (vgl. hierzu u.a. Entscheid des BGer vom 26. April 2018, 8C\_699/2017, E. 3.2).

**4.7** Bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 35'069.35 (Fr. 88'231.85 - Fr. 53'162.50) resultiert ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 40% (Fr. 35'069.35 / Fr. 88'231.85 x 100). Die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2018 (AB 109) ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist ab dem 1. Oktober 2014 eine Viertelsrente auszurichten. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

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

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.

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2018 wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'925.25 festgesetzt (Aufwand von 10.17 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 173.60 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 209.15). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. Juni 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2014 eine Viertelsrente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'925.25 (inkl. Auslagen), zu ersetzen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (mit der Stellungnahme der Beigeladenen vom 22. Januar 2019)
- IV-Stelle Bern (mit den Stellungnahmen des Beschwerdeführers vom 5. Dezember 2018 und der Beigeladenen vom 22. Januar 2019).
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG z.H. der Beigeladenen
- 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.