

200 18 622 IV  
LOU/ISD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 29. Mai 2019**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Isliker

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Juli 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 8. Mai 2017 unter Hinweis auf verschiedene seit einem Skiunfall im Januar 2016 bestehende Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 6). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht; namentlich holte sie die Akten der C.\_\_\_\_\_ (act. II 13.1-13.42) und der zuständigen Krankentaggeldversicherung des Versicherten ein (act. II 22.1-22.4). Gestützt auf das von ihr veranlasste bidisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_\_ (MEDAS), vom 10. April 2018 (act. II 38.1) lehnte sie das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 39; 42; 47) sowie diesbezüglicher Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 49 S. 2 f.) mit Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 50) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens ab.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_ AG, mit Eingabe vom 6. September 2018 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 26. Juli 2018 sei aufzuheben.
2. Die IV habe den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach Etablierung einer adäquaten Therapie der Depression neu zu prüfen.
  - unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten des Beschwerdeführers.

## **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 26. Juli 2018 (act. II 50). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

**2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde 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** Grundvoraussetzung für eine Anspruchsberechtigung ist das Vorliegen eines Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei und nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem diagnostiziert worden ist (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1 S. 285, 130 V 396 E. 5.3 S. 398).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**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 bezüg-

lich 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** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 18. Juni 2016 (act. II 22.2 S. 14 ff.) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im Wesentlichen die Diagnosen Status nach Commotio cerebri vom 21. Januar 2016, chronisches cervikocephalisches Schmerzsyndrom und Status nach depressiven Episoden. Der Beschwerdeführer leide nun seit drei Jahren an zunehmenden Beschwerden, die ihn in die ärztliche Abklärung führten. Es sei eine Kombination zwischen Kopfschmerzen, vegetativen Symptomen und Konzentrationsstörungen, die man körperlich nicht auf ein einzelnes Trauma oder eine einzelne Erkrankung zurückführen könne. Der Beschwerdeführer zeige viele kleine Auffälligkeiten, die aber nicht in ein klares somatisches Syndrom passten. Die Vorgeschichte zeige, dass ähnliche Störungen bereits vor Jahrzehnten zumindest phasenweise beklagt worden seien. Zusammen mit der Vorgeschichte von depressiven Episoden liege als erste Differentialdiagnose eine somatoforme Störung im Sinne einer larvierten depressiven Entwicklung vor. Ungeachtet der weiteren Abklärungsergebnisse werde eine psychologische Betreuung und Behandlung empfohlen. Andererseits handle es sich um einen 55-jährigen Selbstständigerwerbenden, der aufgrund seiner Erkrankung eventuell seine Erwerbstätigkeit drastisch reduzieren, umstellen oder gar aufheben möchte bzw. müsse. Vor diesem Hintergrund werde empfohlen, in einem späteren Schritt die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit zu prüfen.

**3.1.2** Im Bericht vom 28. Juli 2017 (act. II 22.2 S. 1 ff.) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Skisturz am 21.1.16 mit Kommotio cerebri
- Chronisches zephalo-zerviko-thorakales Syndrom mit/bei
  - Status nach unklaren Kopfbeschwerden im Jahre 1992
  - Zustand nach Autounfall am 5.11.12
  - Status nach HWS-Distorsion am 21.1.16 und ventraler Höhenminderung des 2. BWKs (MRI vom 19.5.16)
  - Zuständen der Erschöpfung und Konzentrationsstörung
  - Degenerativen foraminale Einengungen C 4/5 beidseits, C 5/6, links mehr als rechts, und weniger C 6/7 (mit Zyste im Foramen intervertebrale links, MRI vom 19.5.16)

Der Beschwerdeführer sei seit dem 21. Januar 2016 bei einer vollschichtigen Präsenzzeit lediglich zu 50 % leistungsfähig. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers habe er seit dem Unfall Mühe, sich zu konzentrieren. Er könne nur etwa vier Stunden pro Tag normal arbeiten, wobei er sich nach 15 bis 30 Minuten Arbeiten ausruhen müsse.

**3.1.3** Aus dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 18. August 2017 (act. II 30 S. 4 ff.) geht hervor, dass aus somatischer und rheumatologischer Sicht bei fehlenden Befunden und Funktionseinschränkungen keine 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Die neuropsychologische Testung habe ebenfalls keine Hinweise für neurokognitive Funktionseinschränkungen ergeben, so dass die angegebenen Symptome nicht im Zusammenhang mit einem allfällig erlittenen HWS-Stauchungstrauma zu sehen seien. Aus somatischer Sicht könne weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

**3.1.4** Im Rahmen der „psychiatrischen Zweitmeinung“ vom 20. September 2017 (act. II 30 S. 9 ff.) zuhanden der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/1) bzw. differentialdiagnostisch eine larvierte Depression (ICD-10 F32.8) und eine sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8; S. 18). Die hausärztliche Beurteilung (vgl. E. 3.1.2

hiervor) der Leistungsfähigkeit von circa 50 % bei einem 100 %-Pensum sei aus psychiatrischer Sicht vor allem aufgrund der Antriebsstörung und der deprimierten Stimmung zurzeit nachvollziehbar. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werde unter fachärztlicher psychiatrischer Behandlung innerhalb von circa 3 Monaten wieder eine normale Leistungsfähigkeit erreicht (S. 19).

**3.1.5** Im Bericht vom 9. März 2018 (act. II 47 S. 7 ff.) diagnostizierten die Dres. med. I. \_\_\_\_\_, Arzt (Überprüftes, nicht anerkanntes Diplom aus dem Ausland; vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)), und J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Depression, leicht bis mittelgradig (ICD-10 F32.1), sowie einen Verdacht auf eine sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8; S. 7). Der Beschwerdeführer könne sich vorstellen, mit einem 50 %-Pensum weiterzuarbeiten; eine Steigerung sei mit grossen Ängsten verbunden. Die aktuell ausgeübte 50 %-Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar (S. 8 f.).

**3.1.6** Dem MEDAS-Gutachten vom 10. April 2018 (act. II 38.1) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 16):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Psychologische Faktoren bei Status nach Skiunfall (ICD-10 F54)
  - Somatoformer Beschwerdekomples (ICD-10 F45.9) bei Zustand nach Skisturz mit Commotio cerebri (ICD-10 S06.0) und Zustand nach HWS-Distorsion 2012 (ICD-10 S13.4)
2. Narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
3. Arachnoidalzyste links-temporal ohne klinisches Korrelat, MRI-Zufallsbefund (ICD-10 R90.8)

Aus psychiatrischer Sicht hätten keine psychopathologischen Befunde erhoben werden können. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich durch die somatischen Befunde nicht begründen, sodass von einer psychischen Überlagerung auszugehen sei. Es bestünden keine Hinweise auf vorbestehende psychosoziale Belastungsfaktoren. Der Beschwerdeführer habe vor drei Monaten auf Druck der Taggeldversicherung eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, wobei eine antidepressive Therapie nie durchgeführt worden sei. Weiter habe er zwar seine sportlichen Aktivitäten sowie sein Arbeitspensum reduziert, pflege aber nach wie

vor einen aktiven Tagesablauf. Die Beziehung zur Ehefrau sei gut und er pflege regelmässige Kontakte mit Kollegen. Der Beschwerdeführer sei im Alltag also nicht durch ausgeprägte Beschwerden beeinträchtigt, weshalb eine somatoforme Störung nicht diagnostiziert werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose „psychologische Faktoren bei Status nach Skiunfall“ gestellt werden. Jedoch sei es nicht begründbar, wieso sich der Beschwerdeführer durch die geklagten Beschwerden, die nicht objektiviert werden könnten, derart eingeschränkt fühle. Im Rahmen der Untersuchung sei weiter aufgefallen, dass der Beschwerdeführer sich in sehr gutem Licht geschildert habe, überall der Beste, sehr begabt und sehr erfolgreich gewesen sein solle, weshalb narzisstische Persönlichkeitszüge zu diagnostizieren seien. Dies könne möglicherweise mit ein Grund dafür sein, dass er sich durch seine Beschwerden mehr beeinträchtigt fühle, als es den objektivierbaren Befunden entspreche (S. 9). Der Beschwerdeführer sei im Alltag und im Umgang mit seinen Beschwerden nicht durch eine psychische Störung beeinträchtigt. In der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen, wobei keine Hinweise dafür bestünden, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen wäre (S. 10).

Aus neurologischer Sicht seien die frühere klinisch-neurologische und bildgebende Diagnostik ohne wesentliche Befunde geblieben. Ebenso sei die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ empfohlene ergänzende Ausschlussdiagnostik zur Kognition (vgl. E. 3.1.1) erfolgt und habe unauffällige Befunde ergeben. Die bildgebend festgestellte Arachnoidalzyste temporal links bleibe ohne wesentliche Ausfälle. Der aktuelle neurologische Status falle in objektiver Hinsicht ebenfalls regelrecht aus. Die zum Schluss der Untersuchung auffälligen Zeigeversuche seien als Verdeutlichungstendenz zu interpretieren. Relevante kognitive Defizite bestünden nicht. Als einziger wesentlicher pathologischer Befund sei die fachfremde völlig arrhythmische Herzaktion im Sinne eines Vorhofflimmerns zu erwähnen. Auf dem neurologischen Gebiet bestehe gesamthaft keine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Erkrankung (S. 15).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, sowohl bei der psychiatrischen wie auch bei der neurologischen Untersuchung hätten

keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Aus bidisziplinärer neurologisch-psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit wie auch für eine andere, ähnlich gelagerte Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Berufliche oder medizinische Massnahmen würden nicht vorgeschlagen (S. 16).

**3.1.7** Im Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 (act. II 47 S. 4 ff.) wurden unter anderem die Diagnosen „Exzessive Tagesschläfrigkeit F51“ und „Schweres zentrales Schlafapnoe-Syndrom [...] G47.30“ gestellt. Therapeutisch sei dem Beschwerdeführer eine Korrektur der schlafgebundenen Atemstörung mit einer CPAP-Therapie empfohlen worden. Eine kardiale Kontraindikation bestehe dabei nicht. Eine attestierte Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sowie der Fahreignung lässt sich dem Bericht nicht entnehmen.

**3.1.8** In der Stellungnahme vom 23. Juli 2018 (act. II 49) führte die RAD-Ärztin med. pract. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, aus, weder das im April 2018 neu diagnostizierte (vgl. E. 3.1.7 hiervor), gut behandelbare Schlafapnoesyndrom als Ursache für die beklagte Tagesmüdigkeit noch die Dauerantikoagulation bei dem erneut im November 2017 aufgetretenen Vorhofflimmern (Erstdiagnose: März 2011; vgl. auch act. II 47 S. 10 f.) noch die medikamentöse Behandlung der arteriellen Hypertonie (Erstdiagnose: November 2017) würden zu einer langandauernden Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit führen. Diesbezüglich seien keine weitergehende kardiologische respektive pneumologische Abklärungen erforderlich. Auf den psychiatrischen Bericht vom 9. März 2018 der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden. Insgesamt lägen somit keine neuen medizinischen Fakten vor, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers begründen würden.

**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).

**3.3** 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).

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).

**3.4** Das MEDAS-Gutachten vom 10. April 2018 (act. II 38.1) wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und die beteiligten Experten haben den Beschwerdeführer in den Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie umfassend sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden untersucht. Gestützt darauf haben sie die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründet. Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik am MEDAS-Gutachten, insbesondere unter Bezugnahme auf die divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte, vermag keine konkreten Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der Expertise zu wecken, zumal keine wesentlichen neuen Aspekte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV

Nr. 49 S. 148 E. 5.5 und 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Das MEDAS-Gutachten erfüllt demnach die Anforderung der Rechtsprechung (vgl. E. 3.3 hiervor) an den Beweiswert eines Gutachtens.

**3.4.1** Soweit der Beschwerdeführer unter Verweis auf die abweichende Einschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.4 hiervor) die Vollständigkeit und Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens beanstandet (Beschwerde, S. 3 f.), kann auf die zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort (S. 2 ff.) verwiesen werden, wonach eine psychische Störung gestützt auf die objektiven Befunde und die Angaben zum Tagesablauf nachvollziehbar begründet verneint worden sei. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich der psychiatrische Teilgutachter bei seiner Beurteilung entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 3) nicht alleine von den anamnestischen Angaben zum Tagesablauf hat leiten lassen, sondern seine Einschätzungen aufgrund einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und insbesondere unter Berücksichtigung des fachärztlich festgestellten Psychostatus sowie einer differenzierten Würdigung der medizinischen Akten erfolgten. Ebenso setzte sich der psychiatrische Teilgutachter mit dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 20. September 2017 auseinander (vgl. act. II 38.1 S. 10). Überdies begründete Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in ihrem vertrauensärztlichen Bericht (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 14. November 2018, 9C\_580/2018, E. 4.1, und vom 14. Februar 2018, 8C\_682/2017, E. 5, je mit Hinweisen) die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht anhand der massgeblichen Standardindikatoren (vgl. dazu E. 2.2 hiervor), weshalb der Bericht auch unter diesem Gesichtspunkt keinen Anlass dafür gibt, vom MEDAS-Gutachten abzuweichen.

**3.4.2** Ferner ergeben sich auch aus den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.5 hiervor und Beschwerdebeilage [act. I] 3) keine Anhaltspunkte, die Zweifel am MEDAS-Gutachten zu begründen vermöchten. Ihre Angaben zum Gesundheitszustand respektive zur Zumutbarkeit basierten im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Jedoch ist für die Begründung einer Erwerbsunfähigkeit das subjektive Empfinden der versicherten Person nicht massgeblich (Entscheide des BGer vom

2. August 2018, 8C\_94/2018, E. 5.1.1, und vom 18. Juli 2016, 8C\_303/2016, E. 6.1; BGE 141 V 281 E. 3.7 S. 295). Die behandelnden Ärzte orientierten sich zudem an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (vgl. act. I 3), welches aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgeblich ist (Entscheid des BGer vom 13. Februar 2019, 9C\_813/2018, E. 4.3.1; BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Schliesslich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen bzw. Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Vor diesem Hintergrund kann offen gelassen werden, ob der nach der angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 50) datierende Bericht vom 30. August 2018 (act. I 3) vorliegend überhaupt zu berücksichtigen ist (BGE 143 V 409 E. 2.1 S. 411, 134 V 392 E. 6 S. 397, 130 V 445 E. 1.2 S. 446).

**3.4.3** Betreffend den nicht neurologischen somatischen Gesundheitszustand legte die RAD-Ärztin med. pract. L. \_\_\_\_\_ gestützt auf die medizinischen Akten (vgl. act. II 47 S. 4 ff. und 10 f.) schliesslich nachvollziehbar begründet dar, dass in kardiologischer und pneumologischer Hinsicht nicht von einem Gesundheitsschaden auszugehen ist, der eine langandauernde Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit nach sich ziehen würde (vgl. act. II 49 S. 3). Aus den medizinischen Akten ergeben sich diesbezüglich keine Hinweise, welche der RAD-ärztlichen Schlussfolgerungen entgegenstehen oder für eine aus somatischen Gründen verminderte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sprechen würden. Vielmehr hielt etwa Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in der allgemeininternistisch-rheumatologischen Beurteilung vom 18. August 2017 (act. II 30 S. 7) – mit dem RAD übereinstimmend – fest, dass bei fehlenden Befunden und Funktionseinschränkungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Unter diesen Umständen ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine Veranlassung für weitere medizinische Abklärungen ersichtlich (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

**4.**

Aus dem Voranstehenden ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 144 V 427 E. 3.2 S. 429) keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Die Beschwerdegegnerin hat folglich einen Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 50) zu Recht verneint. Die dagegen erhobene 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.

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 in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
  - B. \_\_\_\_\_ AG 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.