

200 18 93 IV
SCI/REL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Mai 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 15. November 2012 während der Arbeit bei einem Sturz aus ca. 10 m Höhe Mehrfachverletzungen mit multiplen Frakturen im Gesichtsschädel, der Rippen, am Beckenring und an der Lendenwirbelsäule (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 6.1 S. 8 und AB 19 S. 9 ff.) und war in der Folge gut drei Monate in der Klinik C._____ hospitalisiert (AB 26). Am 7. Februar 2013 meldete er sich bei der IVB zur beruflichen Integration bzw. zum Rentenbezug an (AB 1). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, holte dabei insbesondere die Akten der D._____ als zuständigem Unfallversicherer ein (AB 6, 28, 34, 35, 55, 56, 59, 61, 63, 113) und liess den Versicherten psychiatrisch begutachten (AB 88). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 28. November 2016 (AB 95.1) und Ergänzungen des Gutachters vom 9. Februar 2017 (AB 101) stellte sie mit Vorbescheid vom 5. September 2017 (AB 106) die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 63 % ab dem 1. November 2013 in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte – vertreten durch die E._____, lic. iur. F._____ – am 11. September 2017 (AB 109), bzw. am 23. Oktober 2017 (AB 112) Einwand und beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente (IV-Rente). Am 15. Dezember 2017 (AB 118) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und sprach dem Versicherten ab dem 1. November 2013 eine Dreiviertelsrente zu.

B.

Dagegen erhob der Versicherte – neu vertreten durch Rechtsanwalt B._____ – am 31. Januar 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente ab November 2013.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. März 2018 machte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf eine mögliche Schlechterstellung (*reformatio in peius*) bei Aufhebung der Verfügung und Rückweisung zu weiteren Abklärungen (BGE 137 V 314) aufmerksam und bot ihm Gelegenheit zur Stellungnahme resp. zum Rückzug der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 5. April 2018 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest.

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 15. Dezember 2017 (AB 118). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente, wobei keine Beschränkung allein auf die Frage, ob eine höhere Rente als die dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung zugesprochene Dreiviertelsrente ab dem 1. November 2013 auszurichten ist, erfolgt (BGE 125 V 413). Das Gericht hat sämtliche Aspekte des hier zur Diskussion stehenden Rentenanspruchs zu prüfen und es besteht insoweit kein gesicherter Anspruch auf die zugesprochene Rente.

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

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

2.

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

2.2 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

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

3.

Auch wenn der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 31. Januar 2018 einzig die Bemessung des Invalideneinkommens und den daraus resultierenden IV-Grad rügt, enthebt dies das Gericht nicht von der umfassenden und damit auch der Prüfung der medizinischen Sachlage (vgl. E. 1.2 und E. 1.4 vorstehend).

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht vom 7. Dezember 2012 (AB 28.1 S. 75 ff.) hielt Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital H._____ einen Status nach Polytrauma durch Abrutschen/Sturz aus 10 Metern Höhe am 15. November 2012 mit sekundär dislozierter Beckenringfraktur Typ B, einer Fragmentabsprengung im Bereich der Ligamentinsertion ISG rechts ventral, Schulterluxation mit Absprengung des Trochanter Major, multiplen Frakturen im Gesicht, Rippenserienfraktur 6 - 9 rechts, stabiler ventraler LWK-1-Kompressionsfraktur, einer Rissquetschwunde rechts frontal sowie einer Blasenkontusion mit leichter Makrohämaturie ohne CT-Korrelat fest. Am 29. November 2012 sei eine offene Reposition und Schrauben-/Plattenosteosynthese via Stoppa-Zugang und erstem Fenster des ilioinguinalen Zugangs des rechtsseitigen Beckens erfolgt (S. 76). Es habe sich ein unkomplizierter peri- und postoperativer Verlauf gezeigt, der Beschwerdeführer habe aber neuralgische Schmerzen an beiden Beinen, rechts- und ventral betont entwickelt. Am 6. Dezember 2012 habe er an die chirurgische Abteilung des Spitals I._____ rückverlegt werden können.

3.1.2 Die Fachärzte des Spitals I._____, diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 13. Dezember 2012 (AB 32 S. 6 ff.) nach Hospitalisation vom 6. bis zum 10. Dezember 2012 ein Polytrauma nach Sturz aus 10 m Höhe, eine sekundär dislozierte Beckenringfraktur Typ B, eine Schulterluxation rechts mit Trochanter majus-Abriss, multiple Frakturen im Gesichtsschädel, eine Rippenserienfraktur 6 - 9 rechts, eine stabile ventrale

LWK1-Kompressionsfraktur, eine Fraktur des Processus transversus LWK2 rechts und eine initiale Makrohämaturie ohne CT-Korrelat.

3.1.3 Im Bericht zum psychosomatischen Konsilium vom 15. Januar 2013 (AB 28.1 S. 18 ff.) hielten die Fachärzte der Klinik C._____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: 43.1) als psychiatrische Diagnosen fest. Der Beschwerdeführer klagt über Flashbacks zum Unfall und starke Schmerzen. Aufgrund seiner fast ausschliesslich auf Arbeit und körperliche Stärke fokussierten Lebenshaltung verfüge er über wenig vielfältige und flexible Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen, weshalb er in der Folge mit einer depressiven Störung, welche sich zurzeit als mittelgradige depressive Episode manifestiere, und einer deutlichen Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung reagiert habe (S. 20).

Im provisorischen Kurzbericht vom 22. März 2013 (AB 28.1 S. 37) hielten die Fachärzte der Klinik C._____ unter dem Stichwort „Probleme beim Austritt“ die psychiatrischen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) fest.

3.1.4 Der Kreisarzt der D._____, Dr. med. J._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Oktober 2014 (AB 59.2) als unfallkausal: Restbeschwerden bei Status nach Sturz aus ca. 10 m Höhe am 15. November 2012 mit Beckenringfraktur Typ B, Schulterluxation rechts mit Abriss des Tuberculum majus, Knieschmerzen links mit beim MRI vom 14. März 2013 neu nachgewiesenen Binnenläsionen des medialen Meniskus sowie psychiatrisch einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss dem psychiatrischen Konsilium der Klinik C._____ im Januar 2013 (S. 8). Er formulierte folgendes Zumutbarkeitsprofil (S. 11): Tätigkeit wechselnd sitzend, gehend und stehend ganztags, Gewichtsbelastungen einmalig 10 kg, repetitiv nicht über 1 kg (leicht). Einschränkung für das Besteigen von Leitern und Gerüsten, längeres Abwärtsgehen, Hinunterspringen. Kein Kauen und Knien sowie häufiges

Treppensteigen, Zwangshaltungen sowie fehlende Beinfreiheit für Spontanbewegungen. Keine repetitiven Überkopfarbeiten. Vermeidung von Vibrations- und Schlagbelastungen.

3.1.5 Der Chefarzt-Stellvertreter Prof. Dr. med. G._____, und der Oberarzt Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierten in ihrem Bericht zur Sprechstunde Wirbelsäulenchirurgie am Spital H._____ Bern vom 20. April 2015 (AB 63.3) einen Status nach operativer Versorgung einer Pseudoarthrose des Iliosacralgelenks rechts bei Status nach Plattenosteosynthese bei iliosacraler Luxationsfraktur rechts bei Status nach Polytrauma durch Abrutschen/Sturz aus 10 m Höhe am 15. November 2012 mit Fragmentabsprengung im Bereich der Ligamentinsertion ISG rechts ventral, einer Schulterluxation rechts mit Absprengung des Trochanter major sowie konservativ behandelte multipler Gesichtsschädelfrakturen, Rippenreihenfraktur rechts und kleiner Lungenkontusionsarealen sowie einer stabilen ventralen LWK-1-Kompressionsfraktur. Zudem bestehe eine degenerative Meniskushinterhornläsion medial, ein degenerativer Meniskusradiärriss am Hinterhorn lateral, Knorpelschäden am Kniegelenk links. Wie bereits beim letzten Mal festgelegt, bestehe weiterhin orthopädischerseits eine Diskrepanz zwischen den Bildgebungsbefunden und den geäußerten Schmerzen (S. 2). Es bestehe kein Interventionsbedarf und es müsse konstatiert werden, dass die Situation völlig diskrepant sei. Theoretisch sei das von Dr. med. J._____ beschriebene Zumutbarkeitsprofil völlig vertretbar. Ausserhalb des Fachgebietes bleibe zu evaluieren, ob allenfalls eine psychosomatische Betreuung Sinn machen würde um diese somatisch nicht erklärbare Schmerzsymptomatik näher abzuklären.

3.1.6 In der ärztlichen Beurteilung der Versicherungsmedizin der D._____ vom 28. Mai 2015 (AB 63.2) hielt Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, als unfallkausale Diagnosen Restbeschwerden bei Status nach Sturz aus ca. 10 m Höhe am 15. November 2012 mit Beckenringfraktur Typ B, Schulterluxation rechts mit Abriss des Tuberculum majus, Knieschmerzen links bei im MRI vom 14. März 2013 nachgewiesener Binnenläsion des medialen Meniskus sowie psychiatrisch eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom so-

wie eine posttraumatische Belastungsstörung fest (S. 5). Die Pseudoarthrose könne zum einen nicht allein für eine Einschränkung der Zumutbarkeit herangezogen werde und auf der anderen Seite sei bekannt, dass nach Beckenringfrakturen chronische Schmerzzustände fortbestehen könnten, auch wenn kein sicheres organisches Korrelat festzustellen sei (S. 6). Der Schmerz allein rechtfertige wiederum die Einschränkung der Zumutbarkeit auf einen halben Tag nicht, weshalb sie der Beurteilung des Kreisarztkollegen und Dr. med. R. _____ zustimme und an der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. J. _____ festhalte.

3.1.7 Im Austrittsbericht des Spitals M. _____, vom 4. März 2016 (AB 77) diagnostizierten Dr. med. N. _____ und med. pract. O. _____, beide Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Anteilen (Zervikobrachialgien, Schmerzen im Becken rechts, Schulterschmerzen rechts, Knieschmerzen links, Lumbago, Schmerzen um die Augen linksbetont), eine Angststörung und rezidivierende depressive Episoden, degenerative Meniskushinterhornläsion medial, degenerativer Meniskusradiärriss Hinterhorn lateral, Knorpelschäden Kniegelenk links, persistierende Kopfschmerzen nach Polytrauma am 15. November 2012, Repolarisationsstörungen im EKG, Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie sowie eine Leistenhernie links (S. 1 f.). Differenzialdiagnostisch gingen sie von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen aus (S. 2). Der Beschwerdeführer habe multiple muskuloskeletale Probleme nach dem Sturz im November 2012 und es bestehe zudem eine Angstproblematik, welche klar als posttraumatisch interpretiert werden könne und durch somatische und visuelle Reize getriggert werde. So habe die Angst in der Physiotherapie durch kleinste Beckenbewegungen mit einem Zittern am ganzen Körper und Schmerzen ausgelöst werden können. Trotz seiner Mitarbeit an diversen Angeboten sei es nicht zu einer signifikanten Linderung der Schmerzen gekommen (S. 3). Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit im ursprünglichen beruflichen Tätigkeitsfeld, hinsichtlich der persönlichen alltäglichen Aktivitäten bestehe ausser bei psychisch belastenden (z.B. Reinigungsarbeiten) und gewissen ausserhäuslichen Verpflichtungen (z.B. grössere Einkäufe) eine weitgehende Selbstständigkeit.

3.1.8 Anlässlich der psychiatrischen Aktenbeurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der D._____ vom 25. April 2016 (AB 82) hielt Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass im Moment vom Vorliegen einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung mit organischen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) ausgegangen werden könne (S. 15). Zudem bestehe der Verdacht auf eine möglicherweise remittierte depressive Episode und eine möglicherweise remittierte oder teilremittierte posttraumatische Belastungsstörung. Auch der geäusserte Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) könne geteilt werden. Die aus Kostengründen unterbrochene Behandlung im psychiatrischen Dienst sollte wieder aufgenommen werden.

3.1.9 Im psychiatrischen Gutachten vom 28. November 2016 (AB 95.1) diagnostizierte PD Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4 [S. 17]). Die wesentlichen Kardinalkriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien grundsätzlich erfüllt, doch inwiefern vier Jahre nach dem erlittenen schweren Polytrauma eine ausschliesslich psychische Dimension für die anhaltende Schmerzentwicklung verantwortlich sei, dürfe durchaus in Frage gestellt werden (S. 21). Insofern sei es – als nicht-somatischer sondern psychiatrischer Facharzt – vorzuziehen, diese Diagnose als Verdachtsdiagnose aufzuführen. Hingegen treffe die Kardinaldefinition für eine Persönlichkeitsstörung, wonach ab verhältnismässig frühem Lebensalter zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese nachhaltig und relevant tangiert wären, beim Beschwerdeführer nicht zu. Auch seien keine „abgeschwächten“ Persönlichkeitsauffälligkeiten im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen zu erkennen. Psychosoziale Belastungsfaktoren spielten für die Krankheitsentwicklung aus psychiatrischer Sicht keine relevante Rolle (S. 22). Der Beschwerdeführer berichte über eine niedergeschlagene Grundstimmung, über häufige Antriebsminderung und eine Freud-, Interesse- und Lustlosigkeit und dass einzig das Zusammensein mit seiner Tochter oder ein Erfolg seiner Lieblings-Fussballmannschaft bei

ihm Gefühle der Freude auslösen könnten, womit genügend Kardinalkriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode erfüllt seien, wobei die Kontinuität und das Ausmass der Beschwerden auf eine mittelgradige depressive Episode hinwiesen (S. 20). Der Beschwerdeführer erlebe bis heute Intrusionen, also eine Form von Wiedererleben (des Unfalles). Zu keinem Zeitpunkt hätten sich während der Untersuchung irgendwelche Hinweise auf allfällige Inkonsistenzen gezeigt, weder innerhalb der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers noch zwischen diesen und den objektiven Untersuchungsbefunden (S. 19). Eine Selbstlimitierung habe aus psychiatrischer Sicht nicht bestanden. Auf Grund dieser Diskussion könne die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ohne jeden Zweifel festgehalten werden. Aufgrund dieser Beurteilung beständen beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von 50 % (S. 23). Sowohl in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe ein 50 %ige Arbeitsfähigkeit seit dem Unfalldatum am 15. November 2012 (S. 23).

3.1.10 Dr. med. P. _____ hielt in der psychiatrischen Aktenbeurteilung vom 4. Januar 2017 (AB 99) fest, dass mit der Begutachtung von PD Dr. med. Q. _____ nun eine recht sorgfältige Beurteilung vorliege (S. 6), in welcher die Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) nachvollziehbar hergeleitet worden seien (S. 7). Aus psychiatrischer Sicht bleibe es fraglich, ob zurzeit beim Beschwerdeführer eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsleistung vorliege. Im Sinne einer groben Schätzung müsse wohl qualitativ wie auch quantitativ von einer erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, so dass eine Restarbeitsfähigkeit von höchstens 30 % bis 40 % resultieren dürfte.

3.1.11 Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin bezüglich möglicher weiterer Therapieoptionen führte der psychiatrische Gutachter PD Dr. med. Q. _____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. Februar 2017 (AB 101) aus, dass beim Beschwerdeführer die Prognose offengelassen werden müsse. Hinsichtlich der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung könne allenfalls eine Intensivierung im Sinn einer tagesklinischen Behandlung empfohlen werden (S. 2). Erst danach könne besser zur Frage

Stellung genommen werden, ob eine tatsächliche Therapieresistenz vorliegt.

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 In somatischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Gesamtschau der D. _____ vom 3. Oktober 2014 (AB 59.2) gestützt. Anlässlich dieser Untersuchung hat der Kreisarzt Dr. med. J. _____ ein Belastbarkeitsprofil formuliert, wonach dem Beschwerdeführer noch eine wechselnd sitzende, gehende und stehende Tätigkeit ganztags zumutbar sei mit Gewichtsbelastungen von einmalig 10 kg und repetitiv nicht über 1 kg (leicht), einer Einschränkung für das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne längeres Abwärtsgehen, Hinunterspringen und ohne Kauern und Knien, häufiges Treppensteigen, Zwangshaltungen sowie fehlende Beinfreiheit für Spontanbewegungen, ohne repetitiven Überkopparbeiten und mit Vermeidung von Vibrations- und Schlagbelastungen (S. 11). Dieses Zumutbarkeitsprofil wurde zwar in der Folge so-

wohl von den behandelnden Wirbelsäulenspezialisten am Spital H._____ (AB 63.3 S. 2) wie auch der Versicherungsmedizinerin Dr. med. L._____ bestätigt (AB 63.2 S. 6). Bei all diesen Beurteilungen ist jedoch eine Abgrenzung zwischen den somatischen Beschwerden einerseits und den psychischen Beschwerden andererseits nicht erfolgt. Dies ist in besonderem Mass erforderlich, wenn wie vorliegend eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Anteilen im Raum steht (vgl. AB 77 und AB 82) und wenn – wie der Versicherungsmediziner Dr. med. P._____ im Rahmen seiner psychiatrischen Aktenbeurteilung (AB 82) korrekt festgestellt hat – von Seiten der Orthopäden und Neurologen auf eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiv geäusserten Beschwerden hingewiesen wurde (S. 12). Schliesslich wurden die geklagten Beschwerden – immerhin macht der Beschwerdeführer Schwindel geltend, der nicht allein psychogener Natur, sondern allenfalls auch somatischer Natur sein könnte – nicht neurologisch beurteilt, was mit Blick auf die multiplen Brüche im Gesicht und den Hinweisen für eine commotio cerebri oder gar contusio cerebri jedoch zwingend gewesen wäre. In diesem Sinne hat auch der psychiatrische Gutachter auf die Möglichkeit, dass die von ihm erhobenen Befunde somatischer Natur sein könnten, hingewiesen (AB 95.1 S. 20).

3.4 Es kann schliesslich auch nicht allein auf der Basis des psychiatrischen Gutachtens aufgrund eines rein psychischen Gesundheitsschadens die Annahme des Beschwerdeführers, er habe Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. Beschwerde vom 31. Januar 2018), hergeleitet werden. Der Gutachter PD Dr. med. Q._____ diagnostizierte neben einer mittelgradigen depressiven Episode „ohne jeden Zweifel“ eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Dies überzeugt mit Blick auf die derzeitige Aktenlage für sich alleine nicht: Zwar war zeitnah zum Unfall erstmals im Anschluss an die dreimonatige Hospitalisierung in der Klinik C._____ im Bericht vom 15. Januar 2013 (AB 28.1 S. 18 ff.) neben einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert worden (vgl. auch AB 28.1 S. 37). Diese Diagnose wurde dann jedoch anlässlich der psychosomatischen Rehabilitation im Spital M._____ im März 2016 (AB 77) nicht mehr gestellt. Diagnostiziert wur-

de nun eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie eine Angststörung und rezidivierende depressive Episoden, welche als posttraumatisch qualifiziert und durch somatische und visuelle Reize getriggert wurden bzw. werden konnten (S. 2); die Angst habe anlässlich des stationären Aufenthalts durch kleinste Beckenbewegungen mit einem Zittern am ganzen Körper und Schmerzen ausgelöst werden können. In der psychologischen Einzelbetreuung standen hauptsächlich die psychosozialen Folgen des Unfalls zur Diskussion (finanzielle Sorgen und Frustration über die schmerzbedingten Beeinträchtigungen) und nicht die eigentlichen psychiatrischen Symptome (S. 3).

Wenn der Gutachter bezüglich der fehlenden Erinnerung an den Unfall – und damit an das diagnoserelevante traumatisierende Ereignis – ausführte, dass zur entsprechenden Diagnosestellung das bewusste Erleben einer Todesangst nicht zwingend und nicht in jedem Fall vorhanden sein müsse (S. 18), so scheint dies den diagnostischen Leitlinien zu widersprechen. Zwar hielt er ohne Hinweise auf allfällige – weder innerhalb der subjektiven Angaben noch zwischen diesen und den objektiven Untersuchungsbefunden feststellbare – Inkonsistenzen Intrusionen und „regelrechte Flashbacks“ als Form von Wiedererleben des Traumas sowie ein deutliches Vermeidungsverhalten fest (S. 19 und S. 22). Diese mit dem Ereignis teilweise nicht näher verbundenen Trigger (Ansehen von Sportsendungen im Fernseher, als Beifahrer im Auto [S. 19]), welche der Beschwerdeführer geltend macht, erscheinen jedoch nicht ohne weiteres typisch und die beschriebenen Symptome sind – soweit ersichtlich – innerhalb der diagnostischen Leitlinien nur beschränkt verankert. Auch ist aus der Beurteilung von PD Dr. med. Q. _____ nicht ersichtlich, weshalb entgegen den klinisch diagnostischen Leitlinien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 ff.) auch vier Jahre nach dem Unfall nach wie vor von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen ist, beziehungsweise weshalb die Beschwerden nicht bereits als remittiert oder gar schon als in eine Persönlichkeitsstörung übergegangen zu beurteilen sind. Eine Persönlichkeitsstörung wurde ausdrücklich ausgeschlossen (vgl. AB 95.1 S. 21). Zu beachten bleibt zudem, dass auch eine

hinreichende Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer beim Gutachter weitgehend immobil gezeigt hat, er in der Darstellung des Tagesablaufs hingegen durchaus auch körperliche Betätigungen (z.B. tägliches Spazieren) angegeben hat und zudem aus rein somatischer Sicht diese Immobilität nicht erklärt werden konnte, unterblieben ist. Der Versicherungsmediziner Dr. med. P. _____ hat im Rahmen seiner psychiatrischen Aktenbeurteilung auf die von Seiten der Orthopäden und Neurologen festgestellte Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiv geäusserten Beschwerden hingewiesen (AB 82 S. 12). Der psychiatrische Gutachter hingegen scheint diesbezüglich unkritisch auf die Schilderungen des Beschwerdeführers abgestellt zu haben.

Nicht nachvollziehbar erscheint schliesslich, dass der psychiatrische Gutachter PD Dr. med. Q. _____ eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit sowohl in einer angepassten Tätigkeit wie auch in der angestammten Tätigkeit attestiert hat (S. 24). So wird im Gutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer insbesondere dann Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (deutlich affektlabiler Einbruch, mittelgradige depressive Grundstimmung, Verlust der bis dahin nachweisbaren affektiven Schwingungsfähigkeit, Stottern, psychomotorisch deutliche Agitiertheit und Angespanntheit in ausgeprägtem Ausmass) gezeigt habe, als er explizit über den Unfall berichten sollte (S. 19). Entsprechend müssten die mit der früheren Arbeit assoziierten Situationen und Tätigkeiten die Symptome der Belastungsstörung triggern und folgerichtig nur in ähnlichen Situationen zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit führen. In angepassten Tätigkeiten müssten solche Auswirkungen entweder fehlen oder deutlich geringer sein.

3.5 Nach dem Dargelegten erhellt, dass im vorliegenden Fall allein in zeitlicher Hinsicht weit auseinanderliegende monodisziplinäre Beurteilungen somatischer und psychischer Natur vorliegen und eine konsensuale Beurteilung unter Beteiligung verschiedener Fachrichtungen gänzlich fehlt. Unter diesen Umständen ist nicht von einem vollständigen oder gar unbestrittenen Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen und die medizinische Situation bzw. die Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Erforderlich ist

eine polydisziplinäre Begutachtung. Dabei ist der Einbezug mindestens der Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin, der Orthopädie, der Psychiatrie (allenfalls unter Einbezug der Neuropsychologie) und der Neurologie zwingend. Unerlässlich sind dabei eine hinreichende Konsistenzprüfung sowie laborchemische Testungen im Hinblick auf die umfangreiche Medikation (AB 95.2) unter Diskussion der Gebotenheit.

Eine dem Untersuchungsgrundsatz gerecht werdende hinreichende Abklärung ist bis anhin gänzlich unterblieben. Die Sache ist unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 210) deshalb zur umfassenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde vom 31. Januar 2018 gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2017 (AB 118) ist aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine polydisziplinäre Begutachtung gemäss den vorstehenden Erwägungen in Auftrag gebe und nachfolgend gestützt darauf neu verfüge.

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.

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 unterliegende Beschwerdegegnerin hat dem obsiegenden Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In seiner Kostennote vom 13. März 2018 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 4'536.–, Auslagen in der Höhe von Fr. 101.– sowie die Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 357.05 und am 11. April 2018 ergänzend ein Honorar von Fr. 1'036.–, Auslagen von Fr. 36.30 und eine Mehrwertsteuer von Fr. 82.55, insgesamt damit einen Betrag von Fr. 6'148.90 geltend. Mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv erforderlichen Prozessaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren und die dafür vom angerufenen Gericht zugesprochenen Anwaltshonorare erscheint dieser Betrag als zu hoch. In Anbetracht des Aktenumfangs, des grundsätzlich einfachen Schriftenwechsels und der prozessleitenden Verfügung vom 20. März 2018 betreffend eine mögliche Schlechterstellung bei Rückweisung an die Beschwerdegegnerin ist die Parteientschädigung ermessensweise auf pauschal Fr. 4'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.–

ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 4'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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