

200 19 279 IV
SCP/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. März 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act II] 13.1/117), leidet seit Geburt an Gehörlosigkeit (act II 2). Durch die IV-Stelle ... bzw. damalige IV-Kommission wurden mehrfach berufliche Massnahmen gewährt. Diese blieben ohne langfristigen Erfolg (act. II 13.1).

Der Versicherte meldete sich bei der IVB am 11. Mai 2012 (act. II 2) zum Hilfsmittelbezug und am 14. Mai 2012 (act. II 8) zur Unterstützung bei der Stellenvermittlung an. Diese gewährte in der Folge Hilfsmittel (act. II 26) und berufliche Massnahmen (act. II 12 und Akten der IVB [act. IIA] 68, 74, 75, 81, 82, 82, 83, 86, 87, 88, 120). Per 6. November 2017 fand der Versicherte bei der Abklärungsstelle C._____ eine Anstellung zu 50% im geschützten Rahmen (act. IIA 107). Mit Mitteilung vom 8. November 2017 (act. IIA 108) teilte die IVB dem Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen sei und mit Mitteilung vom 28. November 2017 (act. IIA 109), dass nun weitere (Renten-) Leistungen geprüft würden. Sie tätigte in der Folge medizinische Abklärungen. Gestützt auf den Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. März 2018 (act. IIA 125) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 16. Mai 2018 (act. IIA 126/2) in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 20% einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach hiergegen erhobenem Einwand (act. IIA 128, 132) holte die IVB beim Hausarzt des Versicherten, Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, den Bericht vom 19. Oktober 2018 (act. IIA 135) ein.

Mit neuem Vorbescheid vom 13. November 2018 (act. IIA 136/2) stellte die IVB dem Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 20% abzuweisen. Nach hiergegen erhobenem Einwand (act. IIA 137, 140) verfügte sie am 8. März 2019 (act. IIA 141) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 10. April 2019 Beschwerde. Er stellt den Antrag, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2019 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm, soweit rechtens, eine Invalidenrente zu gewähren. Eventualiter sei die Verfügung vom 8. März 2019 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers neu zu befinden.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Mai 2019 wurde der Beschwerdegegnerin Gelegenheit zur Ergänzung der Beschwerdeantwort gewährt. Mit Eingabe vom 29. Mai 2019 ergänzte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeantwort.

Im Rahmen der Replik vom 18. Juli 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht, ausgestellt durch den ihn behandelnden Psychologen D._____, eidg. anerkannter Psychotherapeut, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, kant. Erziehungsberater & Schulpsychologe, vom 10. Juli 2019 ein und hielt im Übrigen an den gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Duplik vom 31. Juli 2019 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihre bisherigen Ausführungen und den gestellten Antrag.

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 8. März 2019 (act. IIA 141). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

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

ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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 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.

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

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand im hier massgeblichen Zeitraum betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 30. Januar 2018 (act. IIA 118) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode bei psychosozialer Problematik, eine Gehörlosigkeit seit Geburt und ein Status nach Inguinalhernienoperationen beidseits 2003 sowie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine CTS-Operation beidseits (rechts 1/11, links 10/11; S. 2 Ziff. 3). Von Seiten der somatischen Gesundheit sei die Prognose des Versicherten gut (S. 3 Ziff. 9). Er habe in den letzten Jahren keine Arbeitsunfähigkeit für diesen ausgestellt (Ziff. 11). Seit der Geburt bestehe eine Gehörlosigkeit, so dass die Kommunikation etwas erschwert sei. Der Versicherte sollte nicht schwere Gewichte über 20 Kilogramm tragen (Ziff. 12). Jegliche berufliche Tätigkeit ohne schwere körperliche Belastung sei dem Versicherten zumutbar (Ziff. 13). Es bestünden ausser der schweren körperlichen Belastung in der beruflichen Tätigkeit keine Einschränkungen (Ziff. 14).

3.1.2 Im Bericht des RAD vom 27. März 2018 (act. IIA 125) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Gehörlosigkeit seit der Geburt und eine Inguinalhernienoperation beidseits sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Auftreten von Nausea und Erbrechen im Kontakt zu ... und ... im Beruf als ... ohne konkrete Angaben in den Akten (1988) und ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom (1988; S. 4). Aus Sicht des RAD seien keine Einschränkungen beschrieben, welche eine Tätigkeit im geschützten Rahmen rechtfertigen könnten, was auch der aktuellen Einschät-

zung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt entspreche. Dem Versicherten seien mit Ausnahme von körperlich schweren Tätigkeiten alle Tätigkeiten zumutbar, welche einem gesunden Mann im selben Alter wie dem des Versicherten entsprächen. Ausgewiesen sei lediglich eine seit Geburt bestehende Hörbehinderung. Diese Diagnose sei ausreichend belegt. Gemäss den Akten habe beim Versicherten vom 11. Mai 2012 bis zum 30. November 2012 eine vom Hausarzt attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer „Erschöpfungsdepression“ bestanden. Angaben zur weiteren Arbeitsunfähigkeit lägen in den Akten nicht vor. Gemäss dem Bericht des Hausarztes vom 30. Januar 2018 bestünden Einschränkungen für körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der Inguinalhernienoperation beidseits (2003). Andere Einschränkungen würden in den vorliegenden Akten nicht beschrieben, insbesondere nicht solche, welche eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen notwendig machten (S. 6).

3.1.3 Dr. med. E. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2018 (act. IIA 135) auf Frage der Beschwerdegegnerin fest, dass der Versicherte unter einer depressiven Episode bei psychosozialer Problematik gelitten habe. Der Gesundheitszustand habe sich etwas verbessert seit er eine Arbeitsstelle bei der Abklärungsstelle G. _____ in ... habe (...). Diese habe er seit etwa sieben Monaten. Der Schweregrad habe sich etwas gebessert (aktuell ICD-10 F32.0). Die Arbeitsfähigkeit sei bei Gehörlosigkeit seit Geburt und entsprechend massiver Kommunikationserschweren in etwa unverändert. Der Versicherte sei nicht bei einem Psychiater gewesen. Wie bereits erwähnt sei bei Gehörlosigkeit seit Geburt eine psychotherapeutische Behandlung ohne dauernde Übersetzung praktisch nicht möglich. Die berufliche Tätigkeit in ... in einer ... sei für den Versicherten eine speziell günstige Stelle gewesen. Nach Verlust dieser Stelle habe wegen den bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen keine weitere Stelle in der freien Wirtschaft gefunden werden können (langfristig). Gemäss Dr. med. E. _____ scheine nur noch eine berufliche Tätigkeit in geschütztem Rahmen möglich zu sein (massive Probleme in der Kommunikation, Rückensituation, depressive Episode). Ihm lägen keine fachspezifischen Einschätzungen bezüglich Arbeitsfähigkeit aufgrund der Gehörlosigkeit vor. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der Gehörlosigkeit scheine ihm im Allgemeinen stark vermindert zu sein. In der Sprechstunde

mit dem Patienten erfolge jede Kommunikation schriftlich. Dies müsse auch in der beruflichen Tätigkeit mit den Mitarbeitern oder Vorgesetzten gemacht werden. Auch ein Einarbeiten in eine neue Stelle sei durch diese Kommunikationsproblematik massiv erschwert. Dadurch werde auch die Leistungsfähigkeit massiv vermindert.

3.1.4 Im Bericht von D. _____ (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) wurden beim Versicherten folgende Diagnosen nach ICD-10 gestellt:

- Gehörlosigkeit seit Geburt;
- Zylothymia (ICD-10 F34.0);
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10 F31.6);
 - Status nach drei Burn-outs;
 - Status nach L[e]isten-OP Juli 2001 bds.;
 - Status nach Karpaltunnelsyndrom-OP Januar 2011 links, Oktober 2011 rechts;
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4);
 - nicht näher bezeichnete Rückenschmerzen (ICD-10 M54.9) chronischer Art (ICD-10 R52.2), seit 15-jährig, Schmerzen in Schulter und Nacken, Ausstrahlung in Hüfte, Rheuma, Verknorpelung Rippen rechts;
 - Status nach Unfall mit 18-jährig, von einem Gerüst gefallen;
 - Status nach physischen, traumatisierenden Erziehungsmassnahmen in Pflegefamilie (mit Teigwalze auf Rücken geschlagen), sexueller Missbrauch in Lehrlingszeit;
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit Flashbacks, Träumen und nächtlichem Erschrecken;
- Emetophobie (ICD-10 F40.2, spezifisch auf Gerüche).

Der Versicherte sei durch seine Gehörlosigkeit und Lebensgeschichte mit traumatisierenden Erfahrungen immer wieder ausgegrenzt geworden. Der sexuelle Missbrauch sei in der noch kurzen therapeutischen Beziehung aufgebrochen. Er sei sehr enttäuscht über die Urteile von sogenannten hörenden Menschen und wie Chefs mit gehörlosen Mitarbeitenden umgingen. Auch in der Abklärungsstelle G. _____, einer geschützten Institution, habe es diesbezüglich schon mehrere Vorfälle und enttäuschende Konfrontationen gegeben. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Versicherten umfasse ein Pensum von maximal 50% und dies wohlverstanden im zweiten (geschützten) Arbeitsmarkt. Er arbeite regelmässig am Vormittag von 07.30

Uhr bis 11.45 Uhr. Am Mittag sei seine Reizüberflutung erreicht und er brauche viel mehr Zeit, um sich von einem halben Tag Arbeit erholen zu können. Der Versicherte habe eindeutig ausgewiesene gesundheitliche Probleme mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Seine Erwerbsfähigkeit betrage maximal 40 bis 50% (S. 2 f.).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in

die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte die vorliegend angefochtene Verfügung vom 8. März 2019 (act. IIA 141) auf den RAD-Bericht von Dr. med. F. _____ vom 27. März 2018 (act. IIA 125) sowie auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 30. Januar 2018 (act. IIA 118) und dessen ergänzende Stellungnahme vom 19. Oktober 2018 (act. IIA 135). Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die im Bericht des RAD angenommene Leistungsfähigkeit von 80% sei nicht gegeben, bestünde allenfalls im geschützten Rahmen und lasse sich nicht mit den medizinischen Akten in Einklang bringen. Es bestünden damit erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, weshalb sich weitergehende medizinische Abklärungen aufdrängten (Beschwerde S. 4). Wie nachfolgend dargelegt wird, erweist sich dieser

Einwand, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt, als begründet:

3.3.1 Die Diagnosen der Gehörlosigkeit sowie der Status nach Inguinalhernienoperation sind vom RAD-Arzt Dr. med. F._____ in dessen Bericht vom 27. März 2018 (act. IIA 125) berücksichtigt worden. In Bezug auf die seit der Geburt bestehende Gehörlosigkeit kann von einem stationären Zustand ausgegangen werden. Die daraus allgemein und spezifisch resultierenden Einschränkungen bzw. Anforderungen an einen potenziellen Arbeitgeber können als notorisch vorausgesetzt werden. Dr. med. F._____ teilt weiter die Ansicht des behandelnden Arztes, Dr. med. E._____ (vgl. act. IIA 118), wonach dem Beschwerdeführer aufgrund der erfolgten Inguinalhernienoperationen keine beruflichen Tätigkeiten mit schwerer körperlicher Belastung mehr zumutbar sind. Hinsichtlich der in der Beschwerde geltend gemachten massiven Rückenbeschwerden (S. 5) sowie dem Lumbovertebralsyndrom (S. 6) ist festzuhalten, dass aufgrund fehlender Erwähnung in den zahlreichen Eingliederungsberichten, insbesondere im Bericht des Personenschaden-Inspektors des Krankentaggeldversicherers vom 25. Juli 2012 (act. II 40.6), im Bericht von Dr. med. E._____ vom 24. August 2012 (act. II 40.9) und vom 30. Januar 2018 (act. IIA 118) diese Schmerzproblematik vom Beschwerdeführer offensichtlich nicht mehr beklagt wurde. Gerade weil Dr. med. E._____ im Bericht vom 30. Januar 2018 (act. IIA 118 S. 3 Ziff. 9) von einer guten Prognose hinsichtlich der somatischen Gesundheit ausging, ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb die - nicht weiter umschriebene - „Rückensituation“ in dessen Bericht vom 19. Oktober 2018 (act. IIA 135) erwähnt wurde. Somit kann jedenfalls gestützt auf die derzeitige Aktenlage hinsichtlich des somatischen Gesundheitsschadens von einem hinreichend geklärten Sachverhalt ausgegangen werden.

3.3.2 Der Beschwerdeführer rügt zudem (Beschwerde S. 6), dass die psychische Erkrankung, welche von Dr. med. E._____ mit dem „ICD-Diagnoseschlüssel“ F32.0 beschrieben worden sei, nicht weitergehend abgeklärt worden sei, obschon der Hausarzt eine depressive Episode als Diagnose mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit genannt habe. Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Beschwerdeantwort (S. 3) hierzu fest,

beim Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht lediglich vom behandelnden Arzt Dr. med. E. _____ eine depressive Episode bei psychosozialer Problematik diagnostiziert worden, welche mit dem Verlust seiner Arbeitsstelle begründet worden sei. Die Diagnose sei somit von keinem Facharzt gestellt worden. Zudem könne ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung finde, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasse. Auf eine umfassende Indikatorenprüfung könne verzichtet werden, weil es an einer fachmännisch gestellten Diagnose fehle.

Die Beschwerdegegnerin lässt in diesem Zusammenhang ausser Acht, dass bereits im Schlussbericht der Eingliederungsstätte H. _____ vom 6. März 1991 (act. II 13.1/73) eine Persönlichkeitsproblematik erwähnt und diese auch im Bericht des Personenschaden-Inspektors des KTG-Versicherers vom 25. Juli 2012 (act. II 40.6) thematisiert wurde. Im Zusammenhang mit der Darstellung des Sachverhaltes des Beschwerdeführers (act. II 23, 27) kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin noch nicht abschliessend davon ausgegangen werden, dass das Arbeitsverhältnis mit der I. _____ AG nach 22 Jahren einzig aus IV-fremden Gründen aufgelöst wurde.

Dass im vorliegenden Fall Anhaltspunkte bestehen, welche auf eine mit der Gehörlosigkeit allenfalls zusammenhängende Persönlichkeitsproblematik bzw. psychische Komorbidität hinweisen, ergibt sich nicht bloss aufgrund von Berichten der beruflichen Eingliederung und des Psychotherapeuten D. _____ (act. I 3), sondern auch aufgrund der medizinischen IV-Akten selbst. So wird im Kurzbericht der Psychiatrischen Klinik J. _____ (act. II 13.1/28) ausgeführt, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2002 und damit bereits während des langjährigen Arbeitsverhältnisses bei der Firma I. _____ AG wegen psychischer Beschwerden hospitalisiert (gemäss Bericht von Herr D. _____ [act. I 3] während sieben Wochen) und in der Folge zur Stabilisierung und Stützung im Arbeitsprozess auf psychotherapeutische Betreuung angewiesen gewesen sei, womit die anderslautende Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach die Persönlichkeitsproblematik bzw. psychische Verfassung zu keiner Zeit Auswirkungen auf die Arbeits-

fähigkeit gehabt hätten (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7 und Ergänzung der Beschwerdeantwort S. 2), den Akten widerspricht.

3.3.3 Im Lichte der behinderungsspezifischen Einschränkungen und der psychiatrisch dokumentierten Vulnerabilität des Beschwerdeführers kann entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin nicht ohne weitere medizinische Abklärungen das Fehlen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Störung angenommen werden. Somit hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Damit erübrigen sich Ausführungen zu der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Berechnung des Invaliditätsgrades bzw. zu den entsprechenden Vergleichseinkommen. Die angefochtene Verfügung vom 8. März 2019 (act. IIA 141) ist somit in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie die medizinischen Akten mit allfälligen weiteren Behandlungsunterlagen, namentlich betreffend der im Jahre 2002 erfolgten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen, vervollständige sowie ein verwaltungsexternes psychiatrisches Gutachten veranlasse und hiernach über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge.

4.

4.1 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.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt

es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Rechtsanwältin B._____ macht in ihrer Kostennote vom 12. September 2019 ein Honorar von Fr. 4'185.-- geltend, entsprechend einem Aufwand von 15.5 Stunden à Fr. 270.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 131.60 und 7.7% Mehrwertsteuer von Fr. 332.40. Der geltend gemachte Aufwand erscheint unter den gegebenen Umständen (doppelter Schriftenwechsel aufgrund der Instruktionsverfügung vom 20. Mai 2019 sowie der erschwerten Umstände hinsichtlich der Kommunikation mit der Klientschaft) als vertretbar. Gestützt auf die eingereichte Kostennote wird die Parteientschädigung somit auf Fr. 4'649.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. März 2019 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kos-

tenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'649.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin 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.