

200 20 762 IV
KOJ/REL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. März 2021

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bischof

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. September 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1998 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde durch seine Eltern am 22. Januar 1999 aufgrund eines kongenitalen vesico-ureteralen Reflux zum Leistungsbezug für Minderjährige bei der Invalidenversicherung (IV) angemeldet (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 9.1 S. 7 ff.). In der Folge sprach ihm die IV medizinische Massnahmen für die Behandlung des Geburtsgeborens Nr. 346 (Kongenitaler vesico-ureteraler Reflux [AB 16]) zu.

Nachdem der Versicherte eine Ausbildung zum ... absolviert und während gut eines Jahres auf diesem Beruf gearbeitet hatte (vgl. AB 24 S. 5 f.), wurde er durch seinen Arbeitgeber am 22. November 2018 unter Hinweis auf nicht geklärte Lähmungserscheinungen am rechten Arm und rechten Bein zur Früherfassung angemeldet (AB 19). Am 16. Dezember 2018 meldete er sich selber zum Leistungsbezug bei der IV an (AB 24). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und verneinte den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (AB 49) und berufliche Massnahmen (AB 87). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [AB 62]) liess die IVB den Versicherten bidisziplinär (neurologisch und psychiatrisch) begutachten (AB 88). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 20. Mai 2020 (AB 103.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 8. Juni 2020 (AB 105) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte – vertreten durch die C._____ – Einwand und beantragte die Ausrichtung von Leistungen der IV (AB 106 und AB 110). Mit Verfügung vom 8. September 2020 (AB 111) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte – neu vertreten durch Rechtsanwalt B._____ – am 8. Oktober 2020 Beschwerde. Er beantragt die Aufhe-

bung der angefochtenen Verfügung und die Festsetzung des Invaliditätsgrades (IV-Grades) auf 100 %. Eventualiter sei bezüglich seines Gesundheitszustandes und der daraus abgeleiteten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Gerichtsgutachten anzuordnen. Subeventualiter seien die Akten zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es sei zudem eine parteiöffentliche Verhandlung durchzuführen.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. November 2020 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Durchführung einer parteiöffentlichen Verhandlung ab.

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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. September 2020 (AB 111). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV, insbesondere auf eine 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 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.3

2.3.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt

sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

2.3.2 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).

2.3.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer-

seits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Prof. Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. E._____, Assistenzärztin am Spital F._____ (Neurozentrum), Sprechstunde für Funktionelle Neurologische Störungen, hielten im Bericht vom 25. September 2018 (AB 54 S. 15 f.) die Verdachtsdiagnose eines fluktuierenden sensomotorischen Hemisyndroms (ICD-10: F44.6 und ICD-

10: F44.4) sowie als Nebendiagnose eine protrahierte Kopfschmerzepisode fest. Seit dem 5. August 2018 beständen plötzlich eingetretene Kopfschmerzen, welche initial während der Arbeit aufgetreten und mit Fieber und Erbrechen einhergegangen seien. Die durchgeführten MRI zeigten Normalbefunde, die zweimalige Liquorpunktionen seien ohne Auffälligkeiten und das EEG ebenfalls unauffällig gewesen. Die Ursache der Kopfschmerzen sei unklar (S. 16). Das begleitende, leicht in der Ausbreitung fluktuierende sensomotorische Hemisyndrom rechts sei am ehesten funktionell einzuordnen. Insgesamt könne es sich bei den Kopfschmerzen gut um eine Migräne handeln, welche häufig von funktionellen Störungen als zusätzliche Überlagerungen begleitet werde.

3.1.2 Im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde Neuropsychosomatik/Psychologie des Neurozentrums diagnostizierten Prof. Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ zusammen mit Dr. phil. G._____, Fachpsychologin für Psychotherapie, im Bericht vom 6. Februar 2019 (AB 54 S. 10 f.) eine funktionelle neurologische Störung mit sensomotorischem Hemisyndrom rechts (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4) und chronische Kopfschmerzen. Es sei nach der letzten Verlaufskontrolle zu einer initialen leichten Verschlechterung und schliesslich Stabilisierung der sensomotorischen rechtsseitigen Hemiparese gekommen. Der Beschwerdeführer könne seinen rechten Arm und das rechte Bein nicht spüren und nicht bewegen. Es sei weiterhin von einer funktionellen Ätiologie auszugehen bei hierfür typischen positiven Zeichen. Unter der gegenwärtig ambulanten Physiotherapie zeige sich bisher keine klare Zustandsbesserung. Geplant sei ein Ausbau des ambulanten Netzwerkes mittels Physiotherapie, Ergotherapie sowie Verhaltenspsychotherapie.

3.1.3 In ihrem Bericht vom 30. April 2019 (AB 62) fasste die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, die vorliegenden medizinischen Unterlagen zusammen und diagnostizierte eine funktionelle neurologische Störung mit sensomotorischem Hemisyndrom rechts (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4) sowie chronische Kopfschmerzen (S. 4). Sie hielt es für nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer nicht im gewohnten Ausmass arbeiten könne und dass eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % seit dem Auftreten der Symptomatik bestehe (S. 5). Es sei jedoch

davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit mit Therapie (und ev. beruflichen Massnahmen) wieder gesteigert werden könne.

3.1.4 Die behandelnden Fachärzte des Neurozentrums diagnostizierten im Bericht vom 14. Oktober 2019 (AB 82 S. 6 f.) eine funktionelle neurologische Störung mit schwerem sensomotorischen Hemisyndrom (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4). Es bestehe weiter ein unveränderter Verlauf der Symptome der funktionellen neurologischen Störung (S. 7). Eine stationäre Rehabilitation mit dem Ziel der Durchführung einer intensiven physiotherapeutischen Behandlung stelle eine Option dar, wobei der Zeitpunkt hierfür aufgrund der wenig spürbaren Eigeninitiative des Beschwerdeführers diesbezüglich nicht optimal sei.

3.1.5 Im bidisziplinären Gutachten vom 20. Mai 2020 (AB 103.1) wurde als relevante Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung der Bewegung und der Sensibilität (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4) festgehalten (S. 28).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, konnte in seinem neurologischen Teilgutachten (S. 8 ff.) keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben (S. 14 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein sensomotorisches Hemisyndrom rechts, scharfmittig begrenzt im Hinblick auf die Sensibilität sowie unterhalb der Thoraxapertur, was die Motorik betreffe (Ziff. 5.2). Insgesamt seien die erhobenen Befunde wie auch die Beschriebe von Voruntersuchern nicht mit einer organischen Beeinträchtigung vereinbar (S. 15). Es sei von einer nichtorganischen/seelischen Ursache der vom Beschwerdeführer beschriebenen und demonstrierten Beeinträchtigungen und Einschränkungen auszugehen. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit bei nichtorganisch bedingter Hemisyndromatik als voll arbeitsfähig zu bezeichnen (entsprechend acht Stunden und 15 Minuten pro Tag [S. 18 Ziff. 7.1]). Er sei für jegliche Tätigkeiten, welche seiner Konstitution und seinem Bildungsniveau angepasst seien, als zu 100 % arbeitsfähig zu bezeichnen (Ziff. 1). Die Tätigkeit als ... sei als optimal angepasst anzunehmen.

Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (AB 103.1 S. 20 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Störung der Bewegung und der Sensibilität (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4 [S. 25]). Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte er nicht. Aufgrund der rein psychischen Funktion sei der Beschwerdeführer weiterhin vollumfänglich in der Lage, die bisherige Tätigkeit durchzuführen (S. 26 Ziff. 8). Die Beeinträchtigungen erklärten sich aufgrund der Lähmung der rechten Seite und auch des Sensibilitätsverlustes rechtsseitig. Er könne die rechte Seite überhaupt nicht mehr einsetzen, entsprechend sei die angestammte Tätigkeit seit August 2018 nicht mehr möglich. Eine angepasste Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer theoretisch durchführen, wenn er nur die linke Seite einsetzen müsste, respektive auch die linke Hand (S. 27). In derartigen Tätigkeiten würde theoretisch keine Einschränkung bestehen.

Im Rahmen der bidisziplinären Konsensbesprechung kamen die Referenten nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (S. 28). Aus psychiatrischer Sicht müsse angenommen werden, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Konversionssymptomatik mit Sensibilitäts- und Kraftverlust rechtsseitig massiv beeinträchtigt sei und die angestammte Tätigkeit nicht mehr durchführen könne. Die angestammte Tätigkeit sei seit August 2018 vollumfänglich nicht mehr möglich (S. 29 Ziff. 1.6). Theoretisch könne der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit durchführen, wenn er nur die linke Seite einsetzen müsste, resp. auch die linke Hand. In derartigen Tätigkeiten bestände keine Einschränkung (Ziff. 1.7). Der Beschwerdeführer versuche sich im Alltag weitgehend zu aktivieren, wobei sich die Behinderung vorwiegend aufgrund der körperlichen Problematik manifestiere (S. 28 Ziff. 1.5). Die von ihm geklagten Beschwerden und Einbussen erschienen konsequent und nachvollziehbar, sie deckten sich mit den Angaben in den Unterlagen.

3.1.6 Die behandelnden Ärzte des Spitals K. _____ nahmen im Bericht vom 7. August 2020 (AB 110 S. 5 f.) zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J. _____ (AB 103.1 S. 20 ff.) Stellung und führten aus,

dass dieses sämtliche psychiatrischen Beschwerden berücksichtige und widerspruchsfrei sowie schlüssig sei (AB 110 S. 5 Ziff. 1 - 3). Sie teilten die Ansicht der Gutachter in der Konsensbesprechung und insbesondere ausdrücklich die Ansicht, wonach die angestammte Tätigkeit seit August 2018 vollumfänglich nicht mehr möglich sei (Ziff. 4). In einer Tätigkeit, in welcher nur die linke Körperseite eingesetzt werden müsse, würde keine Einschränkung bestehen. Zur abschliessenden Beurteilung seien keine weiteren Abklärungen notwendig (S. 6 Ziff. 5).

3.1.7 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie am Neurozentrum, nannte in ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid vom 11. August 2020 (AB 110 S. 3 f.) die Diagnose einer funktionellen neurologischen Störung in Form eines schweren sensomotorischen Hemisyndroms rechts (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4). Definitionsgemäss fehle ein für die Beschwerden verantwortliches strukturelles Korrelat, weshalb funktionelle neurologische Beschwerden ein Verbesserungspotential aufweisen würden oder gar reversibel sein könnten, wobei der Individualverlauf nur schwer abschätzbar sei. Aufgrund der schwerwiegenden sensomotorischen Hemisyndromatik rechts sei der Beschwerdeführer im Alltag sowohl in seiner Mobilität wie auch im Einsatz der rechten oberen Extremität erheblich eingeschränkt. Es empfehle sich bei funktionellen neurologischen Störungen jeweils ein sehr langsamer progressiver Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit mit initialem Pensum von maximal 10 % - 20 % an fünf Tagen pro Woche, um eine allfällige Überforderung und somit eine potentielle Symptomzunahme zu vermeiden. Beim Beschwerdeführer solle dies in einer angepassten Tätigkeit (sitzend, keine schweren körperlichen Aktivitäten oder wiederholt längere Gangstrecken, Gelegenheit zu Pausen, limitierte Verantwortung etc.) versucht werden.

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 anzuge-

ben, 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

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. J. _____ und I. _____ vom 20. Mai 2020 (AB 103.1) gestützt. Dieses erfüllt – was die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen anbelangt – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt insoweit vollen Beweis. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf zwei einlässlichen fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ergebnisse der beiden fachärztlichen Untersuchungen fanden sodann Eingang in die umfassende bidisziplinäre Konsensbeurteilung. Gestützt darauf haben die Sachverständigen die medizinischen Befunde und die Diagnosen nachvollziehbar und überzeugend dargestellt. Die im Gutachten erhobene psychiatrische Diagnose der dissoziativen sensomotorischen Störung (ICD-10: F44.6 und ICD-10: F44.4) findet in sämtlichen Berichten der behandelnden Ärzte ihren Rückhalt: diese Diagnose wurde auch von den Behandlern des Spitals K. _____ im Bericht vom 7. August 2020 (AB 110 S. 5 f.), ebenso wie von der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ im Bericht vom 30. April 2019 (AB 62) und den Fachärzten des Neurozentrums des Spitals F. _____ in den Berichten vom 25. September 2018 (AB 54 S. 15 f.), vom 6. Februar

2019 (AB 54 S. 10 f.), vom 14. Oktober 2019 (AB 82 S. 6 f.) und in der Stellungnahme zum Vorbescheid vom 11. August 2020 (AB 110 S. 3 f.) bestätigt. Des Weiteren sind auch die übrigen gutachterlichen Ausführungen schlüssig und überzeugen. Zu Recht wurde das Gutachten deshalb von den Fachärzten des Spitals K. _____ denn auch als widerspruchsfrei und schlüssig bezeichnet (AB 110 S. 5 f.) und wird es oder dessen Beweiskraft vom Beschwerdeführer weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht bestritten.

Der Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Anders als es der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 8. Oktober 2020 (S. 3 Art. 2) vorbringt, durfte die Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen nach Erstellung des Gutachtens von einer Rücksprache mit dem RAD absehen. Von weiteren medizinischen Sachverhaltserhebungen und insbesondere der Erstellung eines Gerichtsgutachtens, wie sie der Beschwerdeführer beantragt (Beschwerde vom 8. Oktober 2020 S. 2 Rechtsbegehren 2 und S. 8 Art. 8), sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, so dass hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen ist (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Nach dem Dargelegten ist auf das Gutachten der Dres. med. J. _____ und I. _____ vom 20. Mai 2020 (AB 103.1) – jedenfalls in medizinischer Hinsicht – abzustellen.

3.3.2 Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, bestehen in somatischer Hinsicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wie Dr. med. I. _____ in seinem neurologischen Teilgutachten überzeugend ausgeführt hat (AB 103.1 S. 14 und S. 18). Diese Einschätzung stimmt auch insoweit mit derjenigen der Ärzte des Neurozentrums vom 11. August 2020 (AB 110 S. 3 f.) überein, als diese einen Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit empfehlen, auch wenn dieser sehr langsam progressiv und mit einem initialen Pensum von lediglich 10 % - 20 % erfolgen sollte.

Im ebenfalls auch für sich alleine überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten kam Dr. med. J. _____ zum Schluss, dass der Beschwerdefüh-

rer aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Lähmung der rechten Seite und auch des rechtsseitigen Sensibilitätsverlusts und der daraus abgeleiteten Diagnose der dissoziativen Störung der Bewegung und der Sensibilität (ICD-10: F44.4 und ICD-10: F44.6) seit August 2018 in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei (S. 26). Die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters korrelieren mit der Einschätzung der behandelnden Fachärzte des Spitals K._____ in ihrem Bericht vom 7. August 2020 (AB 110 S. 5 f.). Sowohl der psychiatrische Gutachter wie auch die behandelnden Psychiater sehen eine theoretische Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit, in welcher nur die linke Seite eingesetzt und die linke Hand benutzt werden müsste, ohne Einschränkung arbeitsfähig sei (AB 103.1 S. 27 und AB 110 S. 5 f.). Es bestehen damit keine im Wesentlichen divergierenden ärztlichen Berichte, die Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. J._____, wonach in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2018 besteht und der Beschwerdeführer theoretische eine angepasste Tätigkeit ausführen könnte, wenn er nur die linke Seite bzw. die linke Hand einsetzen müsste, zu begründen vermöchten.

4.

Nach dem Dargelegten ist mit den Gutachtern davon auszugehen, dass aus medizinisch-theoretischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund eines psychischen Gesundheitsschadens eingeschränkt ist. Davon zu unterscheiden ist jedoch die Frage, ob dieser Gesundheitsschaden auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen, d.h. invalidisierend ist. Zu klären bleibt damit die Relevanz der erhobenen psychischen Störungen und dabei insbesondere die Massgeblichkeit dieser gutachterlich attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit August 2018 (vgl. E. 2.3.3 f. und E. 3.3.2 hiervor). Dies beurteilt sich nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens, von welchem bei der vorliegenden Diagnose – anders als zum Beispiel bei Störungsbildern wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen (vgl. BGE 143 V 418, E. 7.1 S. 429 mit Hinweis auf BGE 139 V 574 E. 7.1.4

S. 562) – nicht abgesehen werden kann (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Oktober 2019, 9C_520/2019).

4.1 Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere finden sich in den Akten keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation der Beschwerden. Vielmehr verneint der psychiatrische Gutachter Dr. med. J. _____ das Vorliegen eines solchen Verhaltens explizit und verweist darauf, dass sich der Beschwerdeführer mit seiner Störung im Wesentlichen Nachteile einhandle (AB 103.1 S. 25).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Zum Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome" ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung auf einem Bein hüpfend und dadurch nur mit grösster Mühe fortbewegen konnte (AB 103.1 S. 15 und S. 24 f.). Durch die so manifestierte schwerwiegende sensomotorische Hemisymptomatik rechts ist er im Alltag erheblich in seiner Mobilität und auch im Einsatz der rechten oberen Extremität eingeschränkt, wie die Fachärzte des Neurozentrums in ihrer Stellungnahme vom 11. August 2020 (AB 110 S. 3 f.) nachvollziehbar festgehalten haben. Übereinstimmend gehen sowohl die behandelnden Ärzte wie auch die Gutachter davon aus, dass die angestammte Tätigkeit seit August 2018 nicht mehr möglich ist (vgl. E. 3.3.2 vorstehend). Hingegen sollte es ihm zumindest theoretisch möglich sein, eine angepasste Tätigkeit auszuführen, in welcher er aber nur seine linke Körperhälfte einsetzen müsste (AB 110 S. 5 und AB 103.1 S. 29 Ziff. 1.7). Dies alles zeigt, dass die diagnoserelevanten Befunde deutlich ausgeprägt sind.

4.2.1.2 Hinsichtlich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) steht fest, dass der Beschwerdeführer bisher Physiotherapie und Ergotherapie (AB 103.1 S. 10 Ziff. 5) sowie von Februar bis September 2019 eine ambulante psychiatri-

sche Behandlung im Spital K._____ (AB 78 S. 4 und AB 110 S. 5) in Anspruch genommen hat. Von Mitte Januar bis Anfang März 2019 erfolgte zudem ein Reha-Aufenthalt in der Klinik M._____ (AB 100 S. 2 ff. und AB 103.1S. 25) und weitere Kontrollen finden regelmässig beim Hausarzt und alle zwei Monate im Spital N._____ (AB 103.1 S. 21) statt. Bei der gutachterlichen Befragung gab der Beschwerdeführer an, dass er einen Rollstuhl zur besseren Fortbewegung benutzen möchte, was ihm aber von den psychosomatischen Behandlern nicht erlaubt worden sei (S. 23). Ein Versuch mit einem Rollator sei durchgeführt worden, habe sich aber aufgrund der starken Einseitigkeit als ziemlich problematisch erwiesen. Gemäss der Einschätzung des neurologischen Gutachters sind sowohl die bisher durchgeführte Behandlung (S. 16 Ziff. 6.2.1 und Ziff. 6.2.5) als auch der Therapieverlauf (Ziff. 6.2.2) als zielgerichtet und adäquat zu bezeichnen, genau wie sämtliche Rehabilitations- und Eingliederungsmassnahmen (S. 17 Ziff. 6.2.8). Aus neurologisch-gutachterlicher Sicht konnte Dr. med. I._____ deshalb keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten empfehlen (Ziff. 6.2.7). Hingegen sind im psychiatrischen Fachbereich – welcher hier von primärem Interesse ist – bisher keine längerfristigen und konsequenten Therapiemassnahmen durchgeführt worden (S. 26 Ziff. 7.7.2). Im Zeitpunkt der Begutachtung im Frühjahr 2020 war die Aufnahme von weiteren Physio- und Ergotherapien (S. 11 Ziff. 12) ebenso wie einer neuen Psychotherapie geplant (S. 26 Ziff. 7.7.2) und letztere hat der Beschwerdeführer gemäss eigenen Aussagen nun auch wieder begonnen (Beschwerde vom 8. Oktober 2020 S. 4 f. Art. 4). Die Durchführung solcher weiteren Therapiemassnahmen ist gemäss dem psychiatrischen Gutachter denn auch notwendig, da noch nicht von einer Ausschöpfung aller Massnahmen ausgegangen werden könne und allenfalls auch die Behandlung in einer psychotherapeutischen Tagesklinik zu erwägen sei (AB 103.1 S. 26 Ziff. 7.7.2). Unter diesen Umständen ist insgesamt eine Behandlungs- wie auch eine Eingliederungsresistenz zu verneinen, was der Beschwerdeführer im Übrigen auch anerkennt (Beschwerde vom 8. Oktober 2020 S. 5 Art. 4).

4.2.1.3 Bezüglich der wesentlichen "Komorbiditäten", welche sich ressourcenhemmend auswirken könnten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.), sind beim Beschwerdeführer chronische Kopfschmerzen sowie aufgrund der hüpfenden Fortbewegung Schmerzen in der linken Hüfte sowie im lin-

ken Knie aktenkundig (AB 100 S. 2). Es liegen damit nur geringfügige Komorbiditäten vor.

4.2.2 Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) bestehen beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten (AB 103.1 S. 26 Ziff. 7.7.1) und die Gutachter konnten keine pathologische Persönlichkeitsstruktur oder diesbezügliche Belastungen feststellen (S. 28 Ziff. 1.3). Auch der Beschwerdeführer selber beurteilt diesen Komplex als unauffällig bzw. nicht ressourcenraubend (Beschwerde vom 8. Oktober 2020 S. 5 Art. 4).

4.2.3 Der Komplex "sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer auf das Verständnis und die Unterstützung seiner Mutter zählen kann (AB 103.1 S. 16 Ziff. 6.1.3), mit welcher er in einer Wohnung lebt, und auch das Haus verlassen kann (S. 21 f.). Er hat zwei Katzen, für die er sorgt, besucht die Grosseltern und hat regelmässigen Kontakt mit seiner Schwester. Früher hat der Beschwerdeführer viel Sport betrieben, was ihm heute nicht mehr möglich ist (S. 11 Ziff. 11). Auch wenn er gemäss eigenen Angaben aufgrund der Einschränkung der rechten Körperhälfte quasi nur zu Hause "rumhängen" und nichts machen könne (S. 9 Ziff. 2.2.1), hat er einen Freundeskreis mit Kollegen, welche er ab und zu sieht, wenn sie ihn am Nachmittag besuchen, und mit welchen er regelmässig telefonisch und am Abend via Computer kommuniziert (S. 11 Ziff. 11, S. 21 und S. 24 Ziff. 6). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde vom 8. Oktober 2020 (S. 5 Art. 4) ist damit erstellt, dass der soziale Kontext durchaus Ressourcen bereithält.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.3.1 Zum Indikator "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Alltag sehr eingeschränkt ist und fast nur noch zu Hause lebt. Seinen Angaben zufolge ist er zwar weitestgehend selbstständig im Haushalt und Alltag, benötigt jedoch manchmal etwas mehr Zeit, so sei es insbesondere beim An- und Entklei-

den "kompliziert" (AB 103.1 S. 11 und S. 21). Ferienreisen habe er in den letzten zwei, drei Jahren nicht mehr unternommen (S. 11). Der neurologische Gutachter hielt fest, dass sich aus der Besprechung keine Inkonsistenzen ergeben haben (S. 12 Ziff. 15). Gleichzeitig erwähnt er aber, dass die gezeigten Symptome und Funktionseinbussen weitestgehend inkonsistent und klinisch-neurologisch nicht plausibel und die Untersuchungsergebnisse nicht als valide und nachvollziehbar zu bezeichnen sind (S. 17 Ziff. 6.3.2). Diesen Umstand führt er auf die Folgen der seelischen Erkrankung des Beschwerdeführers zurück. Etwas widersprüchlich sind die Aussagen des Beschwerdeführers zudem insoweit, als er gegenüber Dr. med. I._____ anlässlich der neurologischen Untersuchung angibt, beim Benutzen von Verkehrsmitteln selbstständig zu sein (S. 11 Ziff. 11), während Dr. med. J._____ im psychiatrischen Teilgutachten festhält, die Benutzung des öffentlichen Verkehrs sei dem Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben nicht selbstständig möglich (S. 23 Ziff. 4.1). Indessen hält auch der psychiatrische Gutachter fest, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und Einbussen konsistent und nachvollziehbar sind und sich mit den Angaben in den Unterlagen decken (S. 26 Ziff. 7.7.3). Die übereinstimmenden Angaben der beiden Gutachter sind schlüssig, so dass auf diese abzustellen und davon auszugehen ist, dass keine Inkonsistenzen vorliegen.

4.3.2 Was den Indikator "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist auf Folgendes zu verweisen: Zwar ist der Beschwerdeführer in sämtlichen Lebensbereichen beeinträchtigt, doch ist ein wesentlicher Leidensdruck bei ihm nicht spürbar, was gemäss dem neurologischen Gutachter Dr. med. I._____ im Zusammenhang mit der psychiatrischen Grunderkrankung zu sehen ist (AB 103. S. 17 Ziff. 6.3.1). Medikamente nimmt der Beschwerdeführer keine (mehr) ein (S. 21) und eine konsequente psychiatrische Therapie wurde bisher nicht durchgeführt (S. 25), was beides auf einen geringen Leidensdruck schliessen lässt. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben in der Beschwerde vom 8. Oktober 2020 (S. 4 Art. 4) in der Zwischenzeit eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgenommen hat. Zwar liegt kein medizinischer Bericht die-

ses Arztes vor, doch auf das Einholen eines solchen kann vorliegend verzichtet werden, da – wie vorstehend bereits ausgeführt wurde (vgl. E. 3.3 vorstehend) – der Sachverhalt im hier massgeblichen Verfügungszeitpunkt rechtsgenügend erstellt ist. Insgesamt ist von einem geringen Leidensdruck auszugehen.

4.4 Zusammengefasst lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu. Zwar sind die beiden Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" (E. 4.2.1.1 hiervor) und "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (E. 4.3.1 hiervor) einigermassen ausgeprägt, was auf gewisse leistungshindernde äussere Belastungsfaktoren hindeutet; in der Gesamtbetrachtung überwiegen jedoch sämtliche übrigen Indikatoren, welche auf Kompensationspotentiale (Ressourcen) schliessen lassen und damit gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens sprechen (vgl. BGer 9C_520/2019, E. 7.1 mit Hinweisen). Die vom psychiatrischen Gutachter attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit ist deshalb als rechtlich nicht massgebend zu beurteilen, ohne dass das Gutachten vom 20. Mai 2020 (AB 103.1) dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. Entscheid des BGer vom 26. November 2018, 8C_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.). Es besteht damit weder aus somatischer (vgl. E. 3.3.2 hiervor) noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden und der Beschwerdeführer hat demnach keinen Anspruch auf Leistungen der IV.

5.

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 8. September 2020 (AB 111) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

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

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.