

200 21 528 IV  
SCP/TOZ/SAL/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 31. Januar 2022**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Tomic

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Juni 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 10. Juni 2018 bei der Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf ein seit der Schulzeit bestehendes psychisches Leiden zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] 1). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Nach Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (insb. Arbeitsvermittlung [AB 54], Belastbarkeitstraining [AB 67]) und einer neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. phil. C.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 90), verfügte die IVB den Abschluss der beruflichen Massnahmen (AB 121). Nach Einholung zweier Aktenbeurteilungen des RAD (AB 130 f.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 30. November 2020 (AB 135) die Zusprache einer vom 1. April 2019 bis 31. März 2020 befristeten ganzen IV-Rente (Invaliditätsgrad [IV-Grad] von 100%) in Aussicht. Auf Einwand (AB 136) hin holte die IVB einen Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_, vom 2. Februar 2021 (AB 140) und zwei Stellungnahmen des RAD vom 2. und 10. März 2021 (AB 145 f.) ein. Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 15. März 2021 (AB 148) erneut die Zusprache einer vom 1. April 2019 bis 31. März 2020 befristeten ganzen IV-Rente bzw. eine Verneinung eines Rentenanspruchs ab dem 1. April 2020 in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 15. April 2021 (AB 149) fest und verfügte am 11. Juni 2021 wie im Vorbescheid vorgesehen (AB 155).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 9. Juli 2021 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zur Vorname weiterer Abklärungen und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **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 11. Juni 2021 (AB 155). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 33 S. 100

E. 3.2). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der vom 1. April 2019 bis 31. März 2020 zugesprochenen befristeten ganzen IV-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.**

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

**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).

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).

**2.2** Gemäss aArt. 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** 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).

**2.4** 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 sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 4. April 2013 (AB 57 S. 12 f.) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein lumbosakrales Schmerzsyndrom mit teilweise radikulärem Schmerzsyndrom L5 beidseits mit/bei Spondylolyse L5, hypoplastischem Wirbel L5, Spondylolisthese L5/S1, Diskopathie L5/S1 und L4/5 sowie Foraminalstenose mit Neurokompression L5/S1 beidseits (S. 12). Langfristig werde eine angepasste Tätigkeit und bei Bedarf bei Schmerzexazerbation die Einnahme eines NSAR empfohlen (S. 13).

**3.1.2** Vom 29. Mai bis 3. Juli 2018 befand sich der Beschwerdeführer in der Klinik F. \_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung (AB 19 S. 1). In deren Austrittsbericht vom 9. Juli 2018 (AB 19) wurden eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) diagnostiziert (S. 1). Diagnostisch werde bei berichteter Symptomatik mit verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen als Kind, verbalen Ausfälligkeiten im Erwachsenenalter und häufigem Arbeitsstellenwechsel von bis zu dreimal pro Jahr von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ausgegangen (S. 6). Die diesbezüglich durchgeführte Testung bei der hausinternen Neuropsychologin (AB 36) bestätige die Diagnose und begründe eine medikamentöse Behandlung der ADHS-Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe in gebessertem psychischen Zustand (klar von Eigen- und Fremdgefährdung sowie Suizidalität distanziert) aus der Klinik austreten können (AB 19 S. 6).

**3.1.3** Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen zerebellären Infarkt links vom 31. Juli 2018 (AB 43 S. 2). Im Anschluss an den Kleinhirnininfarkt sei der Beschwerdeführer entsprechend abgeklärt und therapiert worden (S. 2). Bei Austritt aus der kurzen Rehabilitation im August 2018 seien noch Gleichgewichtsstörungen, verminderte Belastbarkeit, aber keine wesentlichen Koordinationsstörungen geschildert worden, das heisse, im Verlauf hätten sich die Symptome deutlich gebessert. In der Regel werde ein stabiler Zustand ein Jahr nach dem Ereignis erreicht. Als Folge des Hirnininfarktes sei mit einer verminderten Belastbarkeit zu rechnen, dies

häufig als Ausdruck der Krankheitsverarbeitung. Aktuell würden sich die Folgen des Hirninfarktes wegen der genannten Einschränkungen noch deutlich auf die angestammte wie auch auf eine angepasste Tätigkeit auswirken. Der gesundheitliche Zustand sei nicht stabil, so dass nicht klar sei, ob eine lang- und andauernde Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit gegeben sein werde (S. 3).

**3.1.4** Im Bericht vom 11. Dezember 2018 (AB 40) hielt der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die primär im April 2018 zur Arbeitsunfähigkeit führende depressive Episode sei inzwischen teilremittiert, sodass von dieser Seite eine Eingliederung beginnen könne. Hierbei müssten die Funktionseinschränkungen des ADHS berücksichtigt werden. Die Diagnosestellung im Juli 2018 erkläre den bisherigen unsteten beruflichen Werdegang des Beschwerdeführers mit häufigem Arbeitsplatzwechsel und arbeitgeberseitigen Kündigungen. Es werde empfohlen, in einer beruflichen Massnahme die vorhandenen Einschränkungen bzw. Ressourcen abzuklären. Die zusätzlich aufgetretene neurologische Erkrankung sei nach neurologischer Beurteilung durch den RAD (AB 43) noch nicht stabil und es sei in der Folge noch mit einer verminderten Belastbarkeit zu rechnen. In der Zusammenschau beider Krankheitsbilder werde empfohlen, die berufliche Massnahme mit einem Pensum von zwei bis drei Stunden täglich zu starten und schrittweise zu steigern (AB 40 S. 6).

**3.1.5** Im Untersuchungsbericht vom 23. Januar 2020 (AB 90) kam der RAD-Neuropsychologe Dr. phil. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass aufgrund neuropsychologisch unplausibler und inkonsistenter Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert, deren Art und Ausmass sich weder schlüssig noch hinreichend als Folge einer zerebellären oder zerebralen Dysfunktion erklären liessen, die Untersuchung keine Anhaltspunkte für einen authentischen neuropsychologischen bzw. kognitiven Gesundheitsschaden ergebe (S. 9). Der Beschwerdeführer habe die Beschwerdevalidierung nicht bestanden (S. 7). Zusammenfassend könnten in der neuropsychologischen Untersuchung keine authentischen kognitiven Dysfunktionen psychometrisch objektiviert oder glaubhaft gemacht werden. Ausserhalb funktioneller Artefakte bzw. Selbstlimitierung gebe es keine Hinweise auf authentische

kognitive Dysfunktionen von eigenem oder zusätzlichem Krankheitswert. Solche seien nach einem zerebellären Infarkt zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, doch keineswegs typische oder häufige Folge eines Kleinhirnin-farktes. Kognitive Funktionen seien primär eine Domäne des Grosshirnes, während das Kleinhirn primär für motorische Funktionen zuständig sei. Ef-fekte zerebellärer Infarkte auf die Kognition seien theoretisch möglich, aber nicht in der hier vorliegenden Art. Die von der Klinik F. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines aktuell vorliegenden und relevanten ADHS finde aufgrund der hier erhobenen Befunde keine Bestätigung. Selbst ohne Medikation mit Strattera (der Beschwerdeführer gebe als Medikation einzig Venlafaxin und Aspirin Cardio an) fänden sich klinisch und psychometrisch keine authenti-schen Aufmerksamkeitsdefizite sowie keinerlei Anzeichen von Hyperakti-vität oder Impulsivität. Da die eigenanamnestischen Angaben des Be-schwerdeführers in der aktuellen Untersuchung nicht glaubhaft seien, müssten auch die in der ADHS-Diagnostik der Klinik F. \_\_\_\_\_ (AB 36) in Interviews und Fragebögen gemachten Angaben grundlegend in Frage gestellt werden (AB 90 S. 8).

**3.1.6** Dazu Stellung nehmend führte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ am 18. März 2020 (AB 99) aus, dass die in den beruflichen Massnahmen durch den Beschwerdeführer geklagte Erschöpfung nach einem täglichen Arbeitspensum von fünf Stunden medizinisch nicht begründet werden könne. Die Depression sei unter antidepressiver Medikation remittiert, ebenso die Folgen des Kleinhirnin-farktes. Der Beschwerdeführer nehme in beiden Fachgebieten seit eineinhalb Jahren keine Behandlung mehr wahr. Die 2018 gestellte Diagnose des ADHS im Erwachsenenalter könne nicht bestätigt werden. Die entsprechende Medikation habe der Beschwerdeführer sistiert. Lediglich Defizite im zwischenmenschlichen Bereich (Einhalten von Regeln, Umgang mit Konfliktsituationen) könnten auf die hyperkineti-sche Störung im Sozialverhalten (seit Kindheit bestehend; ICD-10 F90.1) zurückgeführt werden (S. 6). In der angestammten Tätigkeit im ... bestehe aufgrund der genannten Defizite eine Leistungseinschränkung von 20% (der ... im ... stelle für den Beschwerdeführer eine Herausforderung dar). In einer angepassten Tätigkeit (mit Rücksichtnahme auf die Defizite im zwi-schenmenschlichen Bereich) liege eine Leistungsminderung von 10% vor. Medizinische Gründe für ein verringertes Pensum beständen nicht (S. 7).

**3.1.7** Im Bericht vom 28. August 2020 (AB 126) diagnostizierte med. pract. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung (gegenwärtig unter Medikation remittiert) und eine fragliche, noch unbestätigte kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung/-störung vom impulsiven, querulatorischen und dissozialen Typ (S. 3 Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer erscheine sehr klagend, fordernd und erwartend. Abgesehen vom Ziel einer Berentung seien keine weiteren Anliegen ersichtlich. Depressive Symptome seien nicht erkennbar, bei schwierigen Themen sei eine starke Impulsivität zu erkennen (S. 3 Ziff. 2.2). Grundsätzlich sei eine Arbeitsfähigkeit gegeben. In welchem Umfang bleibe unklar. Die subjektiv beschriebenen Einschränkungen könnten nicht bestätigt werden (S. 3 Ziff. 2.7).

**3.1.8** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt des RAD für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 9. November 2020 (AB 131) aus, dass beim Beschwerdeführer eine Minderbelastung sowohl der Lendenwirbelsäule als auch des linken Kniegelenks bestehe. Der Beschwerdeführer sei in seiner Tätigkeit als ... nicht in seiner täglich möglichen Arbeitszeit, wohl aber in seiner erbringbaren Leistung eingeschränkt. Diese Leistungsminderung beziffern zu können, würde eine detaillierte Kenntnis des Tätigkeitsprofils voraussetzen (S. 2). Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere, angepasste Tätigkeiten (wechselbelastend, allenfalls vorwiegend in sitzender Position, mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 bis 15 kg) ganztags über achteinhalb Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar (S. 3).

**3.1.9** Im Bericht vom 9. November 2020 (AB 130) führte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ aus, die in der neuropsychologischen Untersuchung objektivierten Selbstlimitierungen im Sinne des Leistungsbegehrens würden durch den Bericht von med. pract. I. \_\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (AB 126) bestätigt. Ein bewusstseinsnahes Rentenbegehren und damit im Zusammenhang stehende Verhaltensauffälligkeiten bei Frustration dieses Anliegens liessen jedoch nicht die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung zu. Die Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers seien hinreichend in der bekannten und im Leistungsprofil berücksichtigten Diagno-

se der hyperkinetischen Störung im Sozialverhalten (seit Kindheit bestehend) gewürdigt (AB 130 S. 8). Aus orthopädischer Sicht seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere, angepasste Tätigkeiten ganztags über achteinhalb Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar (S. 9).

**3.1.10** Dem Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_, vom 2. Februar 2021 (AB 140) ist zu entnehmen, dass die Einschränkungen durch ein ADHS fluktuieren. Da die Ergebnisse des Arbeitsgedächtnisses als Teil der Exekutivfunktionen Einschränkungen aufzeigen würden, werde eine Abklärung des ADHS bei einer Fachstelle empfohlen (S. 1 Ziff. 1). Der Beschwerdeführer habe im Einzelgespräch authentisch und nachvollziehbar zu den Vorwürfen vom RAD-Neuropsychologen, er hätte sich zu wenig angestrengt und sei in Selbstlimitierung verharrt, Stellung nehmen können. Er sei etwas ängstlich gewesen, aber mit dem Vorsatz es möglichst gut zu machen, zur neurologischen Abklärung erschienen. Er habe bei einem Bildererkennungstest (TOMM) ein Blackout gehabt, sich stark unter Druck gesetzt gefühlt und sich nicht mehr richtig fokussieren können, sodass er eine sehr schlechte Leistung erbracht habe. Das gleiche sei auch bei einer späteren Wortliste (WMT) geschehen, er sei richtig verkrampft gewesen, habe unter starkem Stress gestanden und deshalb viele Wörter nicht mehr reproduzieren können. Eine Pause, wie sie normalerweise bei längeren Abklärungen gemacht werde, habe nicht stattgefunden (S. 1 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe aufgrund seines ADHS wenig positive Erfahrungen in Leistungssituationen gemacht, eine vergleichbare Leistungssituation liege zudem sehr viele Jahre zurück (S. 1 f. Ziff. 3). Um die neuropsychologischen Defizite beurteilen zu können, sei eine zweite neuropsychologische Abklärung sinnvoll. Viele Menschen würden nach einem erlittenen Hirninfarkt über Beschwerden wie Müdigkeit, Erschöpfung und Ermüdung klagen. Um die aktuelle Belastbarkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen, sei allenfalls ein erneutes Belastbarkeitstraining sinnvoll (S. 2 Ziff. 4). Aufgrund seines verminderten Auffassungsvermögens, seiner geringeren Durchhaltefähigkeit, der Unfähigkeit irrelevante Reize zu unterdrücken und aufgrund seiner Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er sei schneller erschöpft, brauche mehr Erholungszeit und sei weniger belastbar (S. 2 Ziff. 5).

**3.1.11** Der RAD-Neuropsychologe Dr. phil. C.\_\_\_\_\_ nahm hierzu am 2. März 2021 Stellung (AB 145) und hielt zunächst fest, dass während der insgesamt dreieinhalbstündigen Untersuchung eine Pause von 15 Minuten gemacht worden sei. Die gegenteilige Aussage sei unwahr. Weiter könnten, wie eine der international führenden Expertinnen in der Beschwerdevalidierung, K.\_\_\_\_\_, darlege, weder Angst, noch Anspannung, Stress, ein ADHS oder ein "Aussetzer" ein Nicht-Bestehen der Beschwerdevalidierung wegerklären. Ferner seien die vom Beschwerdeführer erbrachten Leistungen teilweise unter das Zufallsniveau abgesunken. Dies sei nur möglich, wenn die richtige Antwort willentlich vermieden werde. Weiter habe in einem Fragebogen (SIMS) nachgewiesen werden können, dass seine Antworten nicht glaubhaft seien (S. 2). Er habe in diesem Fragebogen eine Anzahl von unplausiblen Beschwerden angekreuzt, die den Cutoff-Wert weit übersteige. Die Beschwerdevalidierungsverfahren seien so konstruiert, dass sie selbst von Personen mit schweren Hirnschädigungen gleich gut oder nahezu gleich gut gelöst werden könnten, wie Gesunde dies täten (S. 3). Es gebe aus neuropsychologischer Perspektive keine sachliche oder fachliche Begründung, weshalb nicht auf die neuropsychologische Untersuchung vom 23. Januar 2020 abgestellt werden könnte. Auch gebe es keine sachlich oder fachlich begründbare Notwendigkeit, die neuropsychologische Untersuchung zu wiederholen (S. 4).

**3.1.12** Die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ verwies am 10. März 2021 (AB 147) bezüglich des Berichts des Spitals D.\_\_\_\_\_, vom 2. Februar 2021 (AB 140) betreffend die Hypothese der noch bestehenden psychoorganischen Folgen des Hirninfarktes auf den vorgängigen neurologischen Bericht vom 11. Dezember 2018 (AB 43). Seither lägen keine neuen neurologischen Berichte vor. Die RAD-Neurologin führte weiter aus, dass die Hausärztin des Beschwerdeführers über keine fokale neurologische Symptomatik berichte und der Beschwerdeführer keine Physio- und oder Ergotherapie besuche, sodass daraus gefolgert werden könne, dass sich die früher beschriebenen, damals schon sehr diskreten neurologischen Symptome gebessert hätten. Es stimme, dass Menschen nach einem Hirninfarkt an einer Symptomatik wie verminderter Belastbarkeit und Müdigkeit leiden würden. Vor allem in der Anfangsphase sei dies verstärkt. Es sei durchaus möglich, dass auch der Beschwerdeführer daran leide. Bei feh-

lendem oder nur sehr diskreten neurologischen Defiziten sei eine Verminderung der beruflichen Leistungsfähigkeit um 20% anzunehmen (AB 147 S. 2).

**3.1.13** Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. März 2021 (AB 146) zusammenfassend fest, dass am in der RAD-Beurteilung vom 9. November 2020 (AB 130) formulierten Zumutbarkeitsprofil für die angestammte Tätigkeit als ... uneingeschränkt festgehalten werden könne. Das Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit werde nach erneuter neurologischer Beurteilung und Berücksichtigung der theoretisch möglichen neurasthenischen Restsymptomatik nach dem Kleinhirnfarkt vom 31. Juli 2018 dahingehend geändert, dass hier ebenfalls eine Leistungsminderung von 20% vorliege (AB 146 S. 2).

**3.1.14** Die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte am 22. April 2021 aus, sie könne aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht keinen Widerspruch zwischen den Aussagen des RAD-Neuropsychologen und der neurologischen Aussage erkennen. Das Nicht-Bestehen einer Beschwerdevalidierung und die mögliche Symptomatik von verminderter Belastbarkeit und Müdigkeit ständen in keinem kausalen Zusammenhang (AB 152 S. 1).

**3.1.15** Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ ergänzte am 22. April 2021, dass eine vom Beschwerdeführer irrtümlich angenommene Diskrepanz zwischen der neurologischen Leistungsbeurteilung und der neuropsychologisch objektivierten Aggravation medizinisch nicht begründbar sei (AB 151 S. 2).

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

**3.2.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** 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 ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. 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, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.2.3** Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts

geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 155) massgeblich auf die Aktenberichte der RAD-Ärzte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 18. März, 9. November 2020 und 10. März 2021 (AB 99, 130, 146), Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2018 und 10. März 2021 (AB 43, 147) und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2020 (AB 131) gestützt. Die RAD-Ärzte gingen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (AB 130 S. 9, 131 S. 2 f., 147 S. 2). Dabei nahm der RAD-Psychiater (bei der gestellten Diagnose einer hyperkinetischen Störung im Sozialverhalten; ICD-10 F90.1; AB 130 S. 9) eine Leistungseinschränkung von 10% und die RAD-Neurologin (aufgrund der Diagnose des zerebellären Infarkt links vom 31. Juli 2018; AB 147 S. 2) eine solche von 20% an. Der RAD-Orthopäde ging aufgrund einer Minderbelastung sowohl der Lendenwirbelsäule als auch des linken Kniegelenks bei entsprechender Anpassung der Tätigkeit von keiner Leistungseinschränkung aus (AB 131 S. 2 f.). Die RAD-Ärzte Dres. med. H. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ untersuchten den Beschwerdeführer nicht persönlich, sondern verfassten ihre Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der psychiatrischen und der neurologischen Aktenbeurteilungen, weshalb sie zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet sind.

**3.3.1** In psychiatrischer Hinsicht hielt der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die von den Behandlern der Klinik F. \_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) für nicht nachvollziehbar. Diese Diagnose beruhe hauptsächlich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, sei doch in der neuropsychologischen Untersuchung des RAD-Neuropsychologen Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2020 (AB 90) psychometrisch nachgewiesen worden, dass die geltend gemachten Beschwerden bzw. die eigenanamnestischen Angaben nicht glaubhaft seien (AB 99 S. 6). Damit konnte der RAD-Psychiater nach-

vollziehbar Zweifel an den hauptsächlich auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhenden Diagnosestellungen der Berichte sowohl der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2018 (AB 19 S. 1) als auch des Spitals D. \_\_\_\_\_, vom 2. Februar 2021 (AB 140 S. 2 Ziff. 5) begründen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

Dabei ist aufgrund des Lebenslaufes (AB 14) und der diversen Arbeitszeugnisse (AB 46) zu ergänzen, dass die Arbeitsverhältnisse entgegen der Angaben des Beschwerdeführers gegenüber der Klinik F. \_\_\_\_\_ (AB 19 S. 1) keineswegs stets nach kurzer Zeit aufgrund von Arbeitsplatzkonflikten arbeitgeberseitig beendet wurden. In den Arbeitszeugnissen werden dem Beschwerdeführer, wie im Übrigen auch in den ärztlichen Berichten (ausgenommen AB 126 S. 3 Ziff. 2.8), ausnahmslos gute Umgangsformen mit ..., Vorgesetzten und Arbeitskollegen attestiert (AB 46 S. 2, 6 bis 9) und diverse Arbeitsverhältnisse wurden aus betriebswirtschaftlichen Gründen (AB 46 S. 5 und 9) oder per Beginn der ... im November/Dezember mit Übergang zur ... (Chronologie ab 2013 in AB 14 S. 2 f.) aufgelöst oder befristet. Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer denn auch wiederholt bei den gleichen Arbeitgebern gearbeitet hatte, was nicht der Fall wäre, wenn die früheren Arbeitsverhältnisse aufgrund seines zwischenmenschlichen Fehlverhaltens aufgelöst worden wären. Nicht nachvollziehbar ist unter den gegebenen Umständen, weshalb der RAD-Psychiater den Beschwerdeführer gleichwohl zufolge einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) für quantitativ (nicht qualitativ) beeinträchtigt hält (AB 99 S. 6), womit sich der psychiatrische Sachverhalt als nicht vollständig abgeklärt erweist, weshalb auf die psychiatrischen Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann.

**3.3.2** In neurologischer Hinsicht schloss die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 10. März 2021 (AB 147) einzig aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung, wonach Menschen nach einem Hirninfarkt an einer Symptomatik wie verminderter Belastbarkeit und Müdigkeit leiden, und der Möglichkeit, dass dies auch beim Beschwerdeführer der Fall sein könne, darauf, dass eine Leistungsverminderung von 20% anzunehmen sei (S. 2). Diese vom Einzelfall losgelöste, arbiträr angenom-

mene Leistungseinschränkung von 20% vermag deshalb nicht zu überzeugen.

Zudem beurteilten die RAD-Ärzte Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ die jeweils fachspezifisch angenommenen Leistungseinschränkungen denn auch nicht mit Blick auf mögliche Wechselwirkungen aus interdisziplinärer Sicht. So hielt der RAD-Psychiater eine quantitative Leistungseinschränkung von 10% für möglich zufolge der von für ausgewiesen erachteten hyperkinetischen Störung im Sozialverhalten (ICD-10 F90.1; AB 99 S. 6 f. und AB 130 S. 9; vgl. dazu jedoch auch E. 3.3.1 hiervor), wobei nicht einleuchtet, weshalb sich eine derartige Einschränkung quantitativ (und nicht qualitativ, indem gewisse Arbeiten nicht mehr möglich sein sollten) auswirkt. Die RAD-Neurologin ging ihrerseits von einer 20%igen Leistungseinschränkung zufolge allgemeiner Ermüdbarkeit nach Hirninfarkt aus (AB 147 S. 2). In der Stellungnahme vom 10. März 2021 (AB 146 S. 2) hielt der RAD-Psychiater fest, dass nach erneuter neurologischer Beurteilung und Berücksichtigung der theoretisch möglichen neurasthenischen Restsymptomatik nach Kleinhirnininfarkt am 31. Juli 2018 (AB 147) aus neurologischer Sicht "ebenfalls" eine Leistungsminderung von 20% vorliege, woraus geschlossen werden könnte, die aus rein neurologischer und rein psychiatrischer Sicht attestierten Leistungseinschränkungen bestünden additiv (was jedoch wie hiervor erwähnt aus interdisziplinärer Sicht zu begründen wäre) und aus psychiatrischer Sicht betrage die Leistungseinschränkung auch mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit 20% (was allerdings den Ausführungen in der Stellungnahme vom 18. März 2020 [AB 99 S. 7] widerspräche). Diese Unzulänglichkeiten bei der Abklärung des medizinischen Sachverhalts dürften beim Erlass der angefochtenen Verfügung insoweit zu Verwirrung und einer fehlerhaften Rechtsanwendung geführt haben, als mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit eine 20%ige Leistungsminderung angenommen, diese nicht auch mit den neurologischen Befunden, sondern einzig mit den Defiziten im zwischenmenschlichen Bereich, wofür der Psychiater des RAD bloss eine 10%ige Leistungsminderung für gerechtfertigt hielt (AB 99 S. 7), begründet und schliesslich nicht bei der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, sondern den persönlichen Eigenschaften mit einem Abzug vom Tabellenlohn berücksichtigt wurde.

**3.3.3** Vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird dagegen das vom Orthopäden des RAD, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 131 S. 3; vgl. E. 3.1.8 hiervor). Dies zu Recht, beruht doch diese Beurteilung auf feststehenden Befunden, womit er auf eine persönliche Untersuchung verzichten konnte. Sie lässt sich denn auch aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte (AB 57 S. 4 f., S. 12 f.) ohne Weiteres nachvollziehen.

**3.4** Mit Blick auf das Gesagte ist zusammenfassend festzuhalten, dass Zweifel (vgl. E. 3.2.2 hiervor) an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen der RAD-Ärzte Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (AB 43, 99, 130, 146, 147) gegeben sind bzw. die vorhandenen medizinischen Akten keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bilden. Die Beschwerdegegnerin wird daher eine bi- oder allenfalls notwendige polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen haben, anlässlich welcher zumindest in psychiatrischer, neurologischer und allenfalls neuropsychologischer Hinsicht eine umfassende Befundaufnahme zu erfolgen hat und hiernach die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer zu Recht unbestritten gebliebenen orthopädischen Zumutbarkeitsprofils aus interdisziplinärer Sicht zu beurteilen ist. Allenfalls wird die Beschwerdegegnerin hierzu die Akten vorgängig durch die Einholung eines Berichts des Jobcoachs über den Verlauf der beruflichen Eingliederungsmassnahme sowie der Personalakten der letzten Arbeitsverhältnisse oder Berichten des schulpyschologischen Dienstes (soweit noch verfügbar) zu ergänzen haben. Gegebenenfalls wird der Beschwerdeführer auf seine Mitwirkungspflichten (vgl. Art. 28 ATSG) hinzuweisen sein.

In erwerblicher Hinsicht wird die Beschwerdegegnerin zu klären haben, ob der Beschwerdeführer seit dem Erlangen des Fachausweises für Schneesportlehrer (AB 3, 46 S. 4) jeweils im Winter eine unselbständige oder selbständige Tätigkeit ausgeübt hat und wie sich dies gegebenenfalls auf die Invaliditätsbemessung, insbesondere die Festsetzung des Valideneinkommens auszuwirken vermag. Dem Beschwerdeführer scheint aktuell in der ... mit saisonalen Beschäftigungsschwankungen und Beendigung der

Arbeitszeit am Mittag mit Blick auf seine allfällige selbständige ...-... die Ideallösung gefunden zu haben (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 5).

#### **4.**

In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2021 (AB 155) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vervollständigung der medizinischen Aktenlage und Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge. Da der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer explizit und ausschliesslich die Rückweisung beantragt hat (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I), kann auf die Androhung einer *reformatio in peius* (BGE 137 V 314) verzichtet werden.

#### **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. 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).

Entsprechend der Kostennote von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2021, welcher in Anbetracht des geltend gemachten Aufwands von 8.5 Stunden zu keiner Beanstandung Anlass gibt, wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 2'321.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. Juni 2021 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.
3. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'321.25 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (mit Kostennote vom 15. November 2021)
  - 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.