

200 24 272 IV
ISD/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. August 2024

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 12. März 2024



Sachverhalt:

A.

Der im Jahr 2000 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde erstmals im November 2012 von seinen Eltern bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung für Minderjährige angemeldet (Akten der IVB [act. II] 2). Mit Verfügung vom 14. März 2013 lehnte die IVB medizinische Massnahmen ab, da kein versichertes Geburtsgebrechen vorliege (act. II 11). Am 1. August 2016 trat der Versicherte eine Lehrstelle als ... EFZ bei der B. _____ AG an (vgl. act. II 12/4 Ziff. 4.3, 20). Im November 2017 meldeten ihn seine Eltern bei der IVB unter Hinweis auf eine Colitis ulcerosa zum Bezug von beruflichen Massnahmen an (act. II 12). Nachdem der Versicherte sich zur Wiederholung des 2. Lehrjahres entschieden hatte, wies die IVB einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab (act. II 30).

Am 5. August 2022 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB an und nannte als Leiden seit März 2022 bestehende Kopfschmerzen (act. II 31). Die IVB holte beim Hausarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (act. II 45), und beim Spital D. _____ (act. II 46) medizinische Berichte sowie die Akten bei der E. _____ ein (act. II 54.1-54.4, 68.1-68.7) und verneinte mit Verfügung vom 14. Februar 2023 einen Anspruch auf Leistungen der IV (act. II 56). Damit war der Versicherte nicht einverstanden und machte eine durchgehende Verschlechterung seit Mitte November 2022 geltend (act. II 58). In der Folge kam die IVB auf ihre Verfügung zurück (act. II 57, 59/1, 71) und holte weitere medizinische Berichte (act. II 86, 89 f.) sowie weitere Akten der E. _____ (act. II 91.1-91.3) ein. Weiter veranlasste sie eine Untersuchung durch Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2024 [act. II 116]). Gestützt darauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 30. Januar 2024 (act. II 117) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und bestätigte dies mit Verfügung vom 12. März 2024 (act. II 118).

B.

Am 11. April 2024 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, die angefochtene Verfügung vom 12. März 2024 sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente von 50 % einer ganzen Rente zuzusprechen.

Am 8. Mai 2024 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Hausarztes Dr. med. C. _____ vom 8. April 2024 (Beschwerdeakten [act. I] 2), einen Bericht des Spitals D. _____, vom 16. August 2023 (act. I 3) sowie einen Bericht des Spitals D. _____, vom 14. Juli 2023 (act. I 4) ein. Diese Unterlagen wurden der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 14. Mai 2024 zur Kenntnis gebracht.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2024 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 12. März 2024 (act. II 118). Darin verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der IV. Beschwerdeweise beantragt der Beschwerdeführer einzig die Zusprache einer Rente und stellt keine Anträge zu anderen Sach- oder Geldleistungen der IV. Streitig und zu prüfen ist vorliegend demnach einzig der Anspruch des Beschwerdeführers 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Im Rahmen der vormaligen Anmeldung zum Leistungsbezug vom November 2017 (act. II 12) prüfte die Beschwerdegegnerin einzig einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und lehnte solche mit Verfügung vom 4. Juli 2018 ab (act. II 30). Insoweit ist vorliegend die Anmeldung von August 2022 (act. II 31) hinsichtlich des einzig streitigen Rentenanspruchs (vgl. E. 1.2 hiervor) umfassend und unbesehen revisionsrechtlicher Gesichtspunkte zu prüfen (Rz. 1009 und 3002 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Stand: 1. Januar 2022; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Januar 2022, 9C_556/2021, E. 5.1 f.).

3.2 Den Akten ist bezüglich des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 4. Januar 2022 diagnostizierte Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, eine Colitis ulcerosa unter Adalimumab-Therapie. Die Schleimhaut sei völlig unauffällig ohne Hinweis für erhöhte Entzündungsaktivität von Seiten der Grunderkrankung. Es fänden sich erstgradige Hämorrhoiden, die möglicherweise die Blutungsursache darstellten (act. II 69/2).

Im Bericht vom 6. Juni 2023 führte Prof. Dr. med. G._____ aus, dem Beschwerdeführer sei es über eine lange Zeitperiode sehr gut gegangen. Inzwischen sei es jedoch zu einer Erhöhung der Stuhlfrequenz gekommen, deren Grund immer noch nicht ganz klar sei. Um eine Nahrungsmittelintoleranz auszuschliessen werde der Beschwerdeführer eine Kartoffel-Reis-Diät machen und dann einzelne Nahrungsmittel hinzufügen. Von Seiten des Labors gebe es keine grossen Auffälligkeiten. Insgesamt sei es unwahrscheinlich, dass die hohe Stuhlfrequenz durch einen Schub zustande gekommen sei (act. II 85/2).

3.2.2 Im Bericht vom 14. Juli 2023 diagnostizierte Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, Spital D._____, einen streng linksseitigen Kopfschmerz mit Flimmersehen unklarer Ätiologie und eine Colitis ulcerosa ED 09/2007. Die Kopfschmerzen seien auch nach Beginn mit Gabapentin unverändert täglich vorhanden (numerische Rating-Skala [NRS] 5-6) mit

jeweils ein bis zwei Exazerbationen tagsüber und zwei- bis dreimal nachts von durchschnittlich 20 bis 30 Minuten Dauer, ohne begleitende trigemino-autonome Symptome. Es bestehe aufgrund der Schmerzen ein Medikamentenübergebrauch mit täglicher Einnahme von Novalgin und Dafalgan. Die ätiologische Zuordnung bleibe zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin unklar. Aufgrund der häufigen nächtlichen Schmerzexazerbationen und auch wegen der Colitis ulcerosa bestehe eine Durchschlafinsomnie, weswegen der Beschwerdeführer viele Krankheitstage habe. Aus neurologischer Sicht sei aufgrund der anhaltenden Schmerzattacken die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben (act. II 89/2 f.).

3.2.3 Im Bericht vom 27. Juli 2023 führte Prof. Dr. med. G. _____ aus, eine Nahrungsmittel-Exklusions-Diät habe keinen Hinweis für eine Nahrungsmittel-Intoleranz gebracht. Laborchemisch gebe es keinen Hinweis für erhöhte Entzündungszeichen. Auch der Rest des Labors sei nicht konklusiv gewesen. Somit bleibe es spekulativ, ob die Erhöhung der Stuhlfrequenz im Rahmen einer infektiösen oder einer funktionellen Ursache sei. Generell sei das Calprotectin im Stuhl tief, dass heisse unter 30, sodass davon auszugehen sei, dass beim Beschwerdeführer keine erhöhte Krankheitsaktivität vorliege (act. II 92).

3.2.4 Im Bericht vom 16. August 2023 diagnostizierten Dr. med. I. _____, Facharzt für Anästhesiologie, und Assistenzärztin J. _____, Spital D. _____, im Rahmen einer ambulanten Schmerzstunde chronische unklare linksseitige Kopfschmerzen und als Nebendiagnosen eine Colitis ulcerosa sowie einen Status nach rezidivierenden Synkopen DD orthostatisch-vasovagale Synkopen 08/2020, mit unauffälliger kardiologischer, neurologischer und HNO-ärztlicher Abklärung. Der Beschwerdeführer sei von der Neurologie zu einer Infiltration des Nervus occipitalis major bei chronischen linksseitigen Kopfschmerzen zugewiesen worden. Obwohl die Symptomatik an einen Cluster-Kopfschmerz denken lasse, sei die Präsentation ohne autonome Symptomatik eher untypisch. Neben einem dumpfen Dauerschmerz bestünden jeweils kurzdauernde Exazerbationen mehrmals täglich sowie ein- bis zweimal pro Nacht. Eine Blockade des Nervus occipitalis major könne hier potentiell eine Linderung bringen. Die Intervention sei komplikationslos durchgeführt worden (act. II 105/4).

3.2.5 Im Bericht vom 12. September 2023 führte der Hausarzt Dr. med. C. _____ aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Es sei kein Therapieerfolg eingetreten. Der Beschwerdeführer sei seit dem 9. Juni 2023 zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 105/1 ff.).

3.2.6 Die RAD-Neurologin Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2024 Kopfschmerzen ungeklärter Genese (streng linksseitige Kopfschmerzen mit Flimmersehen und bilaterale drückende Kopfschmerzen) und eine Colitis ulcerosa (ED 2007), unter medikamentöser Therapie. In der Beurteilung hielt sie fest, beim jetzt 23-jährigen Beschwerdeführer sei es im März 2022 zum Auftreten akuter Kopfschmerzen gekommen. Trotz umfangreicher neurologischer Diagnostik habe die Genese der Kopfschmerzen nicht geklärt werden können. Bei der Exploration am 24. Januar 2024 habe der Beschwerdeführer unverändert neben einem Dauerkopfschmerz, welche eine leichte bis mittlere Intensität habe, streng linksseitige Kopfschmerzattacken (VAS 8), welche auch in den Nachtstunden aufträten, angegeben. Andere Begleitsymptome wie Augenrötung, Naselaufen und/oder einseitiges Schwitzen seien verneint worden. Eine Vielzahl von verschiedenen medikamentösen und anderen Therapien habe zu keiner Verbesserung der Schmerzsituation geführt, weswegen der Beschwerdeführer aktuell die fachärztliche Behandlung abgebrochen habe. Er versuche zurechtzukommen und habe im Dezember 2023 eine neue berufliche Tätigkeit aufgenommen, die er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen als sehr fordernd empfinde. Bei der durchgeführten neurologischen Untersuchung habe sich erwartungsgemäss ein unauffälliger Befund gezeigt. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten beim Beschwerdeführer trotz angegebener Kopfschmerzen keine wesentlichen Einschränkungen bestanden. So sei er in der Lage gewesen, dem Gespräch ruhig und konzentriert zu folgen und präzise Auskunft zu geben. Insgesamt sei der Leidensdruck gering erschienen und auch am Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer nicht müde oder angestrengt gewirkt (act. II 116/6).

Die gestellten Diagnosen würden keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Möglich sei das tageweise Auftreten von Fehltagen bei Kopfschmerzen (act. II 116/7 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer sei in der Lage,

8.5 Stunden an 5 Tagen in der Woche tätig zu sein. Dabei bestehe eine Leistungsminderung von 10 % (Arbeitsunfähigkeit 10 %/Arbeitsfähigkeit 90 %; act. II 116/7 Ziff. 3). Ihm sei eine vollschichtige, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit einer Leistungseinbusse von 10 % wegen vermehrten Pausen zumutbar. Nicht empfehlenswert seien reine Bildschirmarbeit, der Einsatz an einem Hitzearbeitsplatz, an Maschinen, die das Tragen eines Schutzhelms voraussetzten, im Lärmbereich oder unter Atemschutz. Ungünstig seien Arbeiten, bei denen absehbar Überstunden anfallen oder besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt würden. Zu vermeiden seien darüber hinaus Schichtarbeit sowie Steuer- und Überwachungstätigkeiten (act. II 116/7 Ziff. 4).

3.2.7 Im Bericht vom 8. April 2024 führte der Hausarzt Dr. med. C. _____ aus, der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2023 als ... für eine ... tätig. Anfänglich habe er zwei Tage im Home-Office arbeiten können. Da aufgrund der Diagnose mehr und mehr Fehlstunden zusammengekommen seien, könne er nur noch einen Tag im Home-Office arbeiten und müsse bei Abwesenheiten sofort ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorweisen. Das Beschwerdebild habe sich insgesamt nicht geändert. Er habe sein Fernstudium im Bereich ... aufgrund seiner Krankheit pausieren müssen. Er sei aus medizinischer Sicht nicht zu 100 % arbeitsfähig (act. I 2).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3.3 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.4

3.4.1 In gastroenterologischer Hinsicht besteht bezüglich der Colitis ulcerosa (auch Morbus Crohn; ICD-10 K51.0; ED 2007; unter medikamentöser Dauertherapie; act. II 92) gestützt auf die fachärztlichen Berichte von Prof. Dr. med. G._____ im hier massgebenden Beurteilungszeitraum kein Hinweis für eine längerfristig erhöhte Krankheitsaktivität, aufgrund derer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine anspruchrelevante Ein-

schränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzunehmen wäre; eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit wurde durch den behandelnden Facharzt denn auch nicht attestiert (vgl. act. II 69/2 f., 85/2, 92; siehe auch act. II 99).

3.4.2 Der RAD-Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2024 (act. II 116) erfüllt sowohl hinsichtlich der fachärztlichen Qualifikationen der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ (vgl. E. 3.3.2 hiervor) als auch im Übrigen die beweisrechtlichen Anforderungen an einen versicherungsinternen Untersuchungsbericht i.S.v. Art. 49 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; vgl. dazu BGE 135 V 254 E. 3.3). Der RAD-Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2024 erfüllt demnach die Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. E. 3.3.1 f. hier vor): Der RAD-Ärztin lagen die vollständigen Akten des gesamten neurologischen, schmerztherapeutischen und hausärztlichen Behandlungsverlaufs vor, sie hatte Kenntnis von den vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden (act. II 116/1 ff.) und setzte sich damit nachvollziehbar begründet auseinander. Gestützt darauf sowie auf eine umfassende klinische Untersuchung (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 7. Juni 2021, 8C_138/2021, E. 4.2) legte sie überzeugend begründet dar, dass im Zusammenhang mit den ab März 2022 aufgetretenen chronischen Kopfschmerzen keine über eine 10%ige Leistungsminderung hinausgehende quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Im Rahmen dieser Beurteilung trug die RAD-Ärztin den subjektiven Beschwerden hinreichend Rechnung und legte diesbezüglich dar, dass klinisch trotz der während der Exploration angegebenen Kopfschmerzen weder eine massgebliche Einschränkung noch eine erhöhte Ermüdung bzw. Anstrengung festzustellen war und auch mit Blick auf den bereits im Juni 2023 vom Beschwerdeführer vollzogenen fachärztlichen Therapieabbruch (vgl. act. II 115) lediglich ein geringer Leidensdruck anzunehmen ist.

3.4.3 Den übrigen medizinischen Akten sind keine wesentlichen Aspekte zu entnehmen, die im Rahmen der RAD-ärztlichen Untersuchung unerkannt oder unzureichend gewürdigt worden wären. Sie vermögen daher keine (auch nur geringen) Zweifel am RAD-ärztlichen Untersuchungsbericht zu wecken. So erfolgte durch die behandelnden Fachärzte eine weitreichende diagnostische Abklärung sowie die Erprobung einer Vielzahl von

Medikamenten und Therapien (vgl. act. II 45 [diverse], 66/13, 86/3), wobei trotz Ausschluss etlicher ätiopathogenetisch möglicher Ursachen weder eine sichere diagnostische Einordnung der Kopfschmerzen noch eine klar wirksame Therapie gefunden werden konnte. Die diagnostische Zuordnung ist im vorliegenden Kontext indes nicht entscheidend, denn für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (E. 2.1 hiervor) ist nicht die Diagnose, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend (vgl. Entscheid des BGer vom 20. April 2022, 8C_803/2021, E. 5.3.1). Die erst im späteren Therapieverlauf attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 89) erfolgte offenkundig vor dem Hintergrund der Therapieumstellung und ohne Differenzierung bzw. weitergehende Begründung. Sie ist damit nicht nachvollziehbar und steht daher der durch den RAD beschriebenen Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf nicht entgegen. Dasselbe gilt für die vom Hausarzt, Dr. med. C._____, pauschal und im Wesentlichen gestützt auf die nicht weiter plausibilisierten Angaben des Beschwerdeführers (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) attestierte hochgradige bzw. vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch für Zeiträume, in denen der Beschwerdeführer wieder einer (vollschtigen) Erwerbstätigkeit nachging. Aus dem letzten – nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten – Bericht vom 8. April 2024 (act. I 2) geht zudem ein advokatorisches Auftreten des Hausarztes hervor, weshalb dessen Ausführungen aus diesem Grund ohnehin nur sehr begrenzter Beweiswert zukommen (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_695/2019, E. 4.3 mit Hinweis).

Insgesamt hat die Verwaltung damit den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitergehende Erhebungen, insbesondere ein versicherungsexternes neurologisches Gutachten (vgl. dazu act. I 2/2), sind vorliegend nicht erforderlich, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (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).

3.4.4 Gestützt auf den beweiskräftigen Untersuchungsbericht des RAD vom 25. Januar 2024 (act. II 116) ist erstellt, dass bis auf eine 10%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit zufolge des erhöhten Pausenbedarfs keine weitergehende objektivierbare (quantitative) Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen besteht. Im

Rahmen dieser Einschränkungen respektive des medizinischen Zumutbarkeitsprofils (act. II 116/7) sind sowohl die erlernte Tätigkeit als ... EFZ (act. II 39/1, 102) als auch die aktuell ausgeübte Tätigkeit als ... (act. II 110/3 f.) bzw. eine anderweitige den Fähigkeiten und Neigungen des Beschwerdeführers entsprechende Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 10 % zumutbar. Damit bestehen weder eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres (sogenanntes Wartejahr; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und auch kein zumindest 40%iger Invaliditätsgrad (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; vgl. E. 2.2 hiervor). Mithin besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

3.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 12. März 2024 (act. II 118) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.