

200 15 1109 IV
LOU/ABE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Januar 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. November 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 6. November 2013 mit Hinweis auf einen am 18. Mai 2012 erlittenen Schlaganfall bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin holte die IVB die Akten des zuständigen Krankentaggeldversicherers, der C._____ AG (C._____), ein (AB 6, 26, 35) und tätigte weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 12 ff.). Vom 1. Mai bis zum 31. Dezember 2014 gewährte die IVB ein Aufbautraining (AB 27). Im Anschluss daran wurde der Versicherte im selben Betrieb unbefristet zu 50% angestellt (AB 32/2).

In der Zwischenzeit liess die C._____ den Versicherten neurologisch und psychiatrisch untersuchen (AB 22). Die entsprechenden Konsilien vom 20. und 28. März 2014 (AB 26), worin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, unterbreitete die IVB ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (AB 37, 44). Nach durchgeführten Vorbescheidverfahren (AB 50 ff., 54 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 10. November 2015 (AB 59) einen Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung, da keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 14. Dezember 2015 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 10. November 2015 und die Zusprechung einer halben Invalidenrente ab dem 1. April 2014 bzw. einer ganzen Rente ab dem 1. April 2016. Eventualiter seien die Akten zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, es bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 50%.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung die Beschwerdeabweisung.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 19. September 2016) stellten der behandelnde Hausarzt und der behandelnde Psychiater dem Gericht am 28. September 2016 bzw. am 14. Oktober 2016 ihre medizinischen Akten betreffend den Beschwerdeführer zu.

Von der eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Krankenakten machten der Beschwerdeführer am 16. November 2016 und die Beschwerdegegnerin am 13. Dezember 2016 Gebrauch.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. November 2015 (AB 59). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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).

3.

3.1 Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals D._____, vom 24. Dezember 2012 (AB 6.3/18) wurden ein St. n. ischämischem Insult im distalen Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media rechts am 18. Mai 2012 sowie eine bekannte lumbale Spinalkanalstenose diagnostiziert. Intrakardiale Thromben hätten ausgeschlossen werden können. Der Verlauf präsentiere sich erfreulich. Der Patient habe ein 12-wöchiges Rehabilitationsprogramm besucht. Ab dem 1. Dezember 2012 werde das Arbeitspensum von 50% auf 100% gesteigert.

3.1.2 Im Bericht des Spitals D._____, vom 2. Mai 2013 (AB 6.3/21) wurde festgehalten, seit drei Wochen sei der Patient wieder zu 75% krank geschrieben. Er fühle sich in seiner Belastbarkeit erheblich eingeschränkt und klage über Schlafprobleme. Er sei unsicher, ob die Symptome Folge des Infarkts oder doch psychisch bedingt seien (Burn-out). Nach ca. 3½ Stunden Untersuchungszeit seien allerdings keine Hinweise auf eine Einschränkung der Daueraufmerksamkeit festgestellt worden. Im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen finde sich ein unauffälliges kognitives Testleistungsprofil. Die erzielten Befunde seien überwiegend im mittleren bis oberen Normbereich, zum Teil auch überdurchschnittlich. Einzig im Bereich der verbalen Fluenz finde sich eine diskrete Verminderung, die entsprechend den Angaben des Patienten aber vorbestehend sei.

3.1.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 14. Dezember 2013 (AB 24/7), der Patient fühle sich seit dem erlittenen Insult psychisch nicht mehr stabil. Er sei nicht mehr belastbar, unter Druck sei er schnell dekompenziert. Als Diagnose nannte er eine organische emotional labile Störung (ICD-10 F06.6). Der psychische Zustand sei noch fragil. Es sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit „um die 50%“ auszugehen. Der Patient benötige längere Erholungsphasen. Es sei zu hoffen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 75-100% erreicht werden könne.

3.1.4 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 25. Februar 2014 (AB 16/2) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: St. n. CVI (cerebrovaskulärer Insult) mit passagerem Hemisyndrom und nachfolgenden Leistungsdefiziten. Aktuell bestehe bis auf weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Dabei bestehe eine ca. 20%-ige Leistungsminderung. Eingeschränkt seien namentlich das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit.

3.1.5 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt im Abklärungsbericht vom 20. März 2014 (AB 26/3) zuhanden des Vertrauensarztes der C. _____ Folgendes fest: Die neuro- und leistungspsychologische Zusatzabklärung betreffend berufsrelevanter kognitiv-mentaler Basisfunktionen und handlungsbegleitender Kognitionen (Arbeitsgedächtnis, Planung/Steuerung/Kontrolle, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Störanfälligkeit/Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, kognitive Flexibilität, Verhalten/Mitarbeit/Kooperation) ergebe hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten bzw. bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen beständen nicht. Im dazugehörigen Fragebogen (AB 42/2) wurde u.a. festgehalten, der Explorand sei wenig belastbar. Die Kooperation sei gut gewesen; eine Aggravation/Simulation liege nicht vor. Unter Zeitlimitation bestehe eine Stressanfälligkeit. Im Bereich der kognitiven Funktionen beständen leichte Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit (Arbeitstempo, Ablenkbarkeit, Fehleranfälligkeit). Der Antrieb sei leicht, das Planungsverhalten mittelschwer beeinträchtigt. Im nor-

malen Bereich lägen u.a. die Abstraktionsfähigkeit, die Sprache und die Praxien.

3.1.6 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, legte im versicherungspsychiatrischen Konsilium vom 28. März 2014 (AB 26/2) dar, bei interaktionell guter Kooperation und Mitarbeit seien keine Hinweise für eine forcierte Aggravation auszumachen; es lägen subjektzentriert kongruente und glaubhafte eigenanamnestische Angaben vor. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit verwies er auf die neuropsychologische Beurteilung von Dr. med. G. _____, welche „ausschlaggebend“ sei.

3.1.7 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, RAD, nannte in der Stellungnahme vom 6. Februar 2015 (AB 37/3) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Kleiner frischer ischämischer Insult im distalen Versorgungsgebiet der A. cerebri media rechts am 18. Mai 2012 mit vorübergehenden sensomotorischem Hemisyndrom links; kein Residuum. Eine medikamentös behandelte Dyslipidämie wirke sich nicht aus auf die Arbeitsfähigkeit. Es liege kein objektiver Nachweis funktioneller Einschränkungen vor. Als Ressourcen nannte die RAD-Ärztin: Hohe intrinsische Motivation, erhaltene Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, überdurchschnittliche körperliche Belastbarkeit (Ergometrie November 2012) und überdurchschnittliche Leistungen in den kognitiven Leistungstests (Mai 2013). Zumutbar seien Arbeiten beliebiger körperlicher Schwere mit den betriebsüblichen Pausen, und zwar vollschichtig, d.h. 8 Stunden täglich und mehr. Ausgeschlossen seien Akkordarbeit und regelmässige Nachtschichten. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens begründen würden; weder beständen neuropsychologische Defizite noch eine Beeinträchtigung des zielgerichteten Planens und Handelns, der Willensbildung oder der Anstrengungsbereitschaft. Gegen die Diagnose einer organischen emotionalen Störung sprächen sowohl die erhaltene kognitive Umstellungsfähigkeit als auch die Alltagsautonomie und die aktive Teilhabe am Sozialleben, welche auf eine erhaltene Anpassungsfähigkeit hinweisen würden. Die seit 2013 attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien medizinisch nicht nachvollziehbar begründet und nicht plausibel.

3.1.8 Am 30. April 2015 (AB 44/2) führte Dr. med. I. _____ aus, der nachträglich vorgelegte Bericht der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung vom 17. März 2014 (AB 42) sei inhaltlich widersprüchlich und die Ergebnisse seien inkonsistent. Beispielsweise werde der Antrieb zunächst als normal beschrieben und in der Folge werde der Antrieb als leicht beeinträchtigt angegeben. Es werde nicht deklariert, was rein anamnestisch erhoben und was testpsychometrisch ermittelt worden sei. Der Bericht erfülle die an einen neuropsychologischen Befundbericht gestellten Qualitätskriterien nicht (keine Reliabilität, keine Validität, keine Objektivität); er sei nicht verwertbar.

3.1.9 Am 23. Oktober 2015 (AB 58/3) legte die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ schliesslich dar, dem Bericht von Dr. med. G. _____ sei auch nicht zu entnehmen, ob überhaupt psychometrische Testverfahren eingesetzt worden seien und über welchen Zeitraum die Befunderhebung erfolgt sei.

3.1.10 In den Krankenakten, die der Hausarzt Dr. med. F. _____ dem Gericht am 28. September 2016 zukommen liess, finden sich u.a. folgende sich nicht in den Verwaltungsakten befindlichen Berichte:

- Im Bericht des Spitals J. _____ vom 4. März 2015 (unpaginiert) wurde folgende Diagnose genannt: Muskuloskelettale Schmerzen Rippen-thorax links (CT Thorax vom 4. März 2015: keine Lungenembolie, keine Rippenfraktur). Nach den durchgeführten Untersuchungen (CT, EKG, Labor) seien die Beschwerden als muskuloskelettal bedingt anzusehen und würden symptomatisch behandelt.
- Am 9. September 2015 (unpaginiert) berichtete Dr. med. F. _____ dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50% sei längerfristig nicht möglich. „Gemäss Patient“ würden mehr als 50% nicht drin liegen. Gemäss Abklärung seien die Defizite nicht objektivierbar. Allerdings bestehe eine Diskrepanz zur Praxis, womit eine neue Begutachtung eventuell zu begrüssen sei. Die Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft.
- Im Bericht vom 20. Juni 2016 des Spitals D. _____ (unpaginiert) wurde als Hauptdiagnose genannt: Schnittverletzung Dig II rechts mit 90%

Durchtrennung des Hauptpulpaaastes des radiopalmaren Digitalnerven am 10. Dezember 2015. Gut sechs Monate postoperativ gehe es dem Patienten bezüglich der Handbeschwerden sehr gut. Schmerzen würden sowohl in Ruhe als auch bei Mobilisation verneint. Die Sensibilität habe sich bei persistierender Hyposensibilität im Verlauf leicht gebessert. Sollte es zu Neurombeschwerden kommen, würde eine Ergotherapie eingeleitet. Ansonsten werde die Behandlung abgeschlossen.

- Im Austrittsbericht vom 13. September 2016 des Spitals K. _____ (unpaginiert) wurde dargelegt, der Patient sei durch Selbstzuweisung auf den Notfall gekommen. Er berichte von kolikartigen Schmerzen costovertebral links. Nach Durchführung von Abdomensonographien, einer Laborkontrolle und eines CTs sei ein 3mm Konkrement im Ureter links ersichtlich gewesen. Es sei eine antibiotische Abschirmung und Überweisung an das Spital D. _____ zur weiteren Behandlung erfolgt. Vom 11. bis zum 14. September 2016 habe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

3.1.11 Am 13. Oktober 2016 führte der Psychiater Dr. med. E. _____ zu Händen des Gerichts aus, er habe den Beschwerdeführer zwischen dem 25. September 2013 und dem 28. März 2014 insgesamt nur 7 Mal gesehen. Die Sitzungen hätten zwischen 25 und 50 Minuten gedauert. Neue Akten finden sich in den zugestellten Unterlagen nicht.

3.1.12 Am 17. November 2016 (in den Gerichtsakten) legte die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ dar, sowohl bezüglich der Riss-Quetsch-Wunde am rechten Zeigefinger als auch bezüglich des Harnleitersteins habe eine Ausheilung erzielt werden können. In beiden Fällen bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Weitere neue Behandlungsdiagnosen seien seit den letzten RAD-Stellungnahmen nicht ausgewiesen. Letztere seien weiterhin uneingeschränkt gültig hinsichtlich des aktuellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers.

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 59) im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ (AB 37/3, 44/2, 58/3) ab. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Arztberichte und überzeugen. Dass es sich dabei um Aktenberichte handelt, ist nicht zu beanstanden, ergeben die Akten doch ein vollständiges Bild über Anamnese und Verlauf, womit sich die RAD-Ärztin aufgrund der Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnte (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4; vgl. auch Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 25. März 2011, 9C_58/2011, E. 2.2). Da von Seiten der Beschwerdegegnerin kein externes Gutachten eingeholt wurde, sind an die Beweiswürdigung zwar strenge Anforderungen zu stellen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Solche Zweifel liegen hier jedoch nicht vor.

3.3.1 Zunächst vermag die im Auftrag der C. _____ erstattete versicherungsmedizinisch-arbeitsprognostische Beurteilung vom 20./28. März 2014 (AB 22, 26) keine Zweifel zu begründen an der Einschätzung des

RAD. Aus den sehr rudimentären, je eine Seite umfassenden Berichten geht nicht hervor, ob den Gutachtern alle Vorakten bzw. welche „Vorbefunde“ (AB 26/2) ihnen zur Verfügung standen. Sodann sind die Einschätzungen nicht begründet, sondern beinhalten einzig eine stichwortartige Auflistung gewisser Überlegungen und „konklusiv“ (AB 26/2, 26/3) je ein Fazit. Von einem medizinischen Sachverständigen darf und muss erwartet werden, dass er auf gründliche Art über seine Feststellungen berichtet; seine Schlussfolgerungen müssen sich auf medizinische Erwägungen stützen. Ein Gutachten soll einem logischen Aufbau folgen, damit der Leser die wissenschaftlichen Überlegungen nachvollziehen kann (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3). Diesen Anforderungen genügt die Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____ (AB 26) nicht. Hinzu kommt, dass diese Ärzte allein zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit Stellung bezogen haben. Eine Einschätzung in Bezug auf eine allenfalls besser geeignete Verweistätigkeit fehlt gänzlich; eine entsprechende Differenzierung ist jedoch unabdingbar (vgl. E. 2.1 hiervor). Zu guter Letzt beinhalten die entsprechenden Konsilien auch keine Diagnosestellung oder Stellungnahme zu einer früher gestellten Diagnose. Die entsprechenden Berichte stellen folglich keine tauglichen Beurteilungsgrundlagen dar bzw. begründen keine Zweifel an der RAD-Einschätzung.

3.3.2 Auch die Einschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen die Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen nicht in Zweifel zu ziehen. Zum einen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Zum anderen sind die entsprechenden Berichte (AB 6.3/18, 6.3/21, 16/2, 24/7) weder in Kenntnis der vollständigen Akten ergangen noch äussern sie sich (hinreichend) zur Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit.

3.4 Die gesundheitliche Situation ist damit wie folgt zu beurteilen:

3.4.1 Was zunächst den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, ist bezüglich des ischämischen Insults – bei allem Verständnis für die Eindrücklichkeit des Ereignisses für den Beschwerdeführer – aus medizinisch-theoretischer Sicht von einem wenig dramatischen Ereignis auszugehen.

Die behandelnden Ärzte haben das Ereignis als nicht sehr schwer eingestuft und beschrieben einen erfreulichen Verlauf. Sie gingen davon aus, dass wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werde und attestierten dies auch (vgl. AB 6.3/19, 24/8). Eine organisch objektivierbare Ursache dafür, dass der Beschwerdeführer sich nach abgeschlossener Erst- und Rehabilitationsbehandlung bis ca. August 2012 (vgl. AB 6.3/18) dann im April 2013 wiederum leistungsunfähig präsentierte (AB 6.3/21), findet sich in den Akten nicht. Vielmehr ergab die neuropsychologische Testung weitestgehend unauffällige bzw. teilweise sogar überdurchschnittliche Resultate (AB 6.3/22). Die Beurteilung der RAD-Ärztin stimmt mit dieser Sachlage überein: Wenn Dr. med. I. _____ die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen bzw. aufgrund der überdurchschnittlichen körperlichen Belastbarkeit und überdurchschnittlichen Leistungen in den kognitiven Leistungstests sowie mangels objektiver Befunde als nicht plausibel erachtete (AB 37/9), überzeugt dies. Damit bestand pro 2013 keine massgebliche somatische, organisch objektivierbare (andauernde) Störung, welche den Beschwerdeführer in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkte. Weil die Einschätzungen der Dres. med. G. _____ und H. _____ (AB 26) mangels einer seriösen Befunderhebung, Diagnostik und Diskussion nicht verwertbar sind (vgl. E. 3.3.1 hier vor), erübrigt sich eine Rückfrage bei Dr. med. G. _____ (vgl. Beschwerde, S. 6) von vornherein. Damit ist gestützt auf die überzeugende Einschätzung der RAD-Ärztin sowie die gerichtlichen Beweismassnahmen aus rein somatischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen.

3.4.2 In psychiatrischer Hinsicht hat Dr. med. E. _____ die Diagnose einer organisch emotional labilen Störung (ICD-10 F06.6) gestellt. Die vom Facharzt selbst erhobenen psychiatrischen Befunde sind dabei jedoch unauffällig. Folglich ging der behandelnde Psychiater denn auch davon aus, dass eine 75 bis 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (AB 24/7). Damit ist eine psychisch bedingte Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ebenfalls nicht ausgewiesen, was wiederum mit der (unauffälligen) neuropsychologischen Testung korreliert. Auf Einschränkungen weist einzig die Selbstschilderung des Beschwerdeführers hin („Seit dem Insult fühle er sich psychisch nicht mehr stabil. Er sei nicht mehr belastbar,

[...]. Unter Druck sei er sehr schnell dekompenziert. Im Moment gehe es auf der Arbeit gut.“ [AB 24/7]). Diese rein subjektive Darstellung ist mit Blick auf die Befundlage psychiatrisch jedoch nicht objektiviert und damit nicht massgeblich.

Mit Blick auf die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte organisch emotional labile Störung ist schliesslich auf das Folgende hinzuweisen: Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 basiert eine im Bereich des Abschnitts F00-F09 zu verortende psychische Erkrankung auf einer nachweisbaren somatischen Ätiologie u.a. in einer zerebralen Krankheit oder einer Hirnverletzung (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 72). Eine solche Erkrankung liegt hier mit dem 2012 erlittenen ischämischen Insult grundsätzlich durchaus vor. Sie ist jedoch rein somatisch folgenlos geblieben. Die Kausalität psychischer Störungen nach somatischen Erkrankungen kann begriffsnotwendig nicht unmittelbar apparativ oder ähnlich bewiesen werden. Für eine konkrete Diagnose F06.x sehen bereits die Leitlinien deshalb eine Behelfskausalitätsbeurteilung (Ziff. 1-4) vor (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 93 f.). Von diesen Beurteilungselementen ist hier bereits das zeitliche Element fraglich (Ziff. 2), traten die geklagten Symptome vorliegend doch nicht unmittelbar nach dem Insult im Mai 2012 auf, sondern wurden sie erst ab ca. April 2013 geklagt und eine psychiatrische Behandlung erfolgte gar erst ab September 2013. Daraus folgend ist auch eine Rückbildung der psychischen Störung bei Rückbildung des somatischen Leidens (Ziff. 3) nicht erstellt. Schliesslich liegen auch Ausschlusskriterien gemäss Ziff. 4 vor: Der behandelnde Psychiater hat in seiner ab September 2013 erfolgten Behandlung einen direkten Zusammenhang zum damals akuten Nierensteinleiden und zu den wirtschaftlichen Unsicherheiten am Arbeitsplatz bzw. der erfolgten Kündigung gezogen (AB 24/7 f.). Nachdem die psychiatrische Befundlage objektiv betrachtet weitgehend unauffällig war und die diagnostischen Kriterien zur Erhebung einer organisch emotional labilen Störung (ICD-10 F06.6) nicht hinreichend erfüllt sind, kann nicht von einem invalidenversicherungsrechtlich massgeblichen psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Die Beurteilung des RAD überzeugt damit auch vor diesem Hintergrund.

3.5 Schliesslich vermag der Beschwerdeführer entgegen seiner Auffassung (Eingabe vom 16. November 2016) aus dem Bericht ... des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) vom 7. Oktober 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 5) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Dass er während der Dauer des entsprechenden Programms der Arbeitslosenversicherung keine Stelle finden konnte, sagt in Bezug auf die hier entscheidende Frage nach einem invalidisierenden Gesundheitsschaden nichts aus. Daran ändert auch der Vermerk im erwähnten Bericht nichts, wonach der Beschwerdeführer gesundheitlich angeschlagen sei, was sich in der gegen Mittag jeweils stark reduzierten Konzentration zeige, obliegt die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit doch in erster Linie den medizinischen Fachpersonen.

Wie die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 17. November 2016 (in den Gerichtsakten) korrekt festhielt, enthalten die gerichtlich edierten Krankenakten keine Hinweise auf eine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevante Veränderung, sodass die RAD-Beurteilungen von 2015 (AB 37/3, 44/2, 58/3) nach wie vor gültig sind.

3.6 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist damit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen; sie werden dem Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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.