

200 15 190 IV
KOJ/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Mai 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Januar 2015

Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. März 2013, unter Hinweis auf innere Blutungen und ein damit verbundenes Hebelimit von zehn Kilogramm, bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Januar 2014 (AB 36) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 43), weiteren Abklärungen sowie Rückfragen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 47, 70), ermittelte die IVB einen Invaliditätsgrad von 34 % und bestätigte in einem neuen Vorbescheid vom 19. November 2014 (AB 72) die beabsichtigte Leistungsablehnung. Der Versicherte erklärte sich hiermit nicht einverstanden (AB 80), worauf die IVB erneut eine Stellungnahme des RAD einholte (AB 85) und alsdann mit Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 86) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch verneinte.

B.

Mit Eingabe vom 24. Februar 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. März 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 25. März 2015 legte der Beschwerdeführer einen zusätzlichen medizinischen Bericht vom 27. Februar 2015 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 12) ins Recht.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 23. Januar 2015 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer stand ab Mai 2012 wegen einer Panzytopenie bei Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in hausärztlicher Behandlung (AB 7.6/1 f.) und wurde vom 6. bis 14. August sowie am 28. und 29. September 2012 nach Magen-Darm-Blutungen während den Ferien in ... hospitalisiert. Dort wurden Gastroskopien durchgeführt, eine chronische äthylische Lebererkrankung mit sekundärer Pfortaderhypertonie, Ösophagusvarizen und oberer gastrointestinaler Blutung diagnostiziert sowie Varizenverödungen bzw. -ligaturen vorgenommen (AB 7.6, 7.8, 7.14).

3.1.2 Im Auftrag des vertrauensärztlichen Dienstes der sozialen Krankenversicherung (AB 7.4/1 f.), über die er nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) krankentaggeldversichert war, wurde der Beschwerdeführer am 22. März 2013 von Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, untersucht. Im entsprechenden Bericht (AB 7.3) führte sie hauptsächlich die nachstehenden Diagnosen auf:

- Chronische äthylische Hepatopathie mit sekundärer Pfortaderhypertonie und Ösophagusvarizen (diagnostiziert im März 2013 mit Grad 2-3, Erstdiagnose im August 2012 in ...)
- Ulkus Forrest 3 Antrum Vorderwand (Erstdiagnose im März 2013)
- Unklare wahrscheinlich plurifaktorielle leichte Panzytopenie mit Anämie, Thrombozytopenie und leichter Leukozytopenie

Sie attestierte ab 6. August 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten sowie jeder anderen schweren Tätigkeit bzw. für Verrichtungen, die mit wiederholten Valsalva-Manövern einhergehen (häufiges Kauern und Aufstehen, Heben und Tragen von Lasten). Für angepasste Tätigkeiten (gelegentliches Heben und Tragen von Gewichten von 10 bis 15 Kilogramm, ohne Valsalva-Manöver und ohne besondere Verletzungsgefahr) bescheinigte sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit Steigerung auf ein Vollpensum in drei bis vier Wochen.

3.1.3 Dr. med. C._____ diagnostizierte im Bericht vom 29. April 2013 (AB 14) eine seit August 2012 bestehende Leberzirrhose mit Ösophagusvarizen Grad 2-3 und ging von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus, wobei das Heben von Gewichten bis zehn Kilogramm möglich sei.

3.1.4 Am 6. Juni 2013 erfolgte wegen Unterbauchschmerzen eine notfallmässige ambulante Behandlung im Spital E._____ (AB 20, 25). Der Assistenzarzt Dr. med. F._____ stellte eine Pfortaderthrombose fest, überwies den Beschwerdeführer ins Spital G._____ und erklärte im Bericht vom 21. August 2013 (AB 25), die rezidivierenden anämisierenden gastrointestinalen Blutungen bei portalvenöser Hypertonie stellten eine latent lebensbedrohliche Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar.

3.1.5 Nach einer Arbeitsmarktlichen Abklärung (AA) in der Abklärungsstelle H._____ vom 23. September bis 18. Oktober 2013 (AB 29, 31, 33 f.) gelangte der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in seiner Aktenbeurteilung vom 3. März 2014 (AB 47) zum Schluss, dass grundsätzlich auf die Einschätzung von Dr. med. D._____ sowie das von ihr formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden könne, jedoch die Akten mittels eines Berichts über die Nachbehandlung der Pfortaderthrombose im Spital G._____ sowie eines Verlaufsberichts des Hausarztes zu ergänzen seien.

3.1.6 Im Bericht des Spitals G._____ vom 25. September 2014 (AB 67) erklärte PD Dr. med. J._____, Facharzt für Gastroenterologie sowie Allgemeine Innere Medizin, aufgrund der Leberzirrhose und der Ösophagusvarizen könnten keine schweren Lasten ab zehn Kilogramm getragen werden, da es durch die Erhöhung des intraabdominalen Drucks zu Blutungen durch die Varizen kommen könne. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar bzw. es bestehe mindestens eine 50%ige Leistungsminderung. Leidensadaptierte Verrichtungen seien möglich, wobei ein Über-Kopf-Arbeiten, Kauern, Knien, das Heben und Tragen von Gewichten über fünf Kilogramm sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten unzumutbar seien. Überdies seien das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Belastbarkeit sowie die Fahrtauglichkeit eingeschränkt. Hinsicht-

lich des Behandlungsverlaufs verwies er auf zwei beigelegte Konsiliarberichte. Anlässlich der Erstkonsultation vom 12. Juli 2013 im Spital G. _____ wurde die äthyltoxische Leberzirrhose diagnostisch als Child A (fünf Punkte) bewertet. Der Beschwerdeführer war beschwerdefrei und seit August 2012 alkoholabstinent. Es wurde davon ausgegangen, dass die Ösophagusvarizen bereits eradiziert worden seien und die sonographisch befundete Pfortaderthrombose wurde mittels einer Antikoagulation mit therapeutischer Heparinisierung angegangen. Im Rahmen der Kontrolle vom 1. Juli 2014 wurde der Schweregrad der Leberzirrhose unverändert mit Child A (jedoch mit sechs Punkten) bewertet. Es zeigten sich stabile Verhältnisse, wobei die Pfortader als vaskularisiert mit erniedrigtem Fluss beschrieben wurde. Das Screening hinsichtlich eines hepatozellulären Karzinoms (HCC) fiel negativ aus, Dr. med. J. _____ wies jedoch darauf hin, dass eine Abstinenz wichtig für den Verlauf der Leberzirrhose sei und der Beschwerdeführer seit sechs Monaten wieder Alkohol konsumiere.

3.1.7 Nachdem der Beschwerdeführer am 29. September 2014 zur berufspraktischen «Referenzerarbeitung» in die Abklärungsstelle K. _____ eingetreten war (AB 63, 83), äusserte sich Dr. med. I. _____ am 14. November 2014 zur aktualisierten Aktenlage (AB 70). Er ordnete die äthyltoxische Leberzirrhose sowie den Magenerkrankungen den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu und attestierte für die angestammte Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen erachtete er eine Verweigerungstätigkeit ganztags ohne wesentliche Leistungseinschränkung für möglich. Er formulierte ein Anforderungsprofil, wonach körperlich leichte Arbeiten mit einem Last-Limit von zehn Kilogramm bis selten (und nicht repetitiv) 15 Kilogramm zumutbar seien, nicht jedoch häufiges Kauen und Aufstehen, Verrichtungen mit besonderer Verletzungsgefahr, in Nachtschicht sowie mit psychosozialem Stress verbundene Tätigkeiten. Ungeeignet seien zudem Tätigkeiten mit Eigen- bzw. Fremdgefährdungspotential und in gehobener Verantwortung sowie das Bedienen komplizierter Maschinen. Er empfahl wegen der Dekonditionierung nach langer Absenz vom Arbeitsprozess eine mit 50 % beginnende stufenweise Steigerung des Arbeitspensums bis auf 100 %.

Am 12. Januar 2015 hielt der RAD-Arzt an seiner Beurteilung fest und erachtete – unter Berücksichtigung eines Befundberichts über eine bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 6. Mai 2013 (AB 80/8 f.) – eine polydisziplinäre Begutachtung für nicht erforderlich (AB 85).

3.1.8 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte der Beschwerdeführer einen Konsiliarbericht des Spitals G._____ vom 27. Februar 2015 (BB 12) über eine ambulante Konsultation vom 25. Februar 2015 ins Recht. PD Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, sowie die Assistenzärztin Dr. med. M._____ diagnostizierten hauptsächlich chronische Lumbalgien. Sie gingen aufgrund von mässigen degenerativen Veränderungen von einer eingeschränkten physischen Tätigkeit für schwere Arbeiten aus und empfahlen zur gezielten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine medizinische Begutachtung.

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Nach der Rechtsprechung ist dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, gestützt auf im Wesentlichen oder ausschliesslich von dem am Recht stehenden Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Juli 2010, 8C_491/2009, E. 3.1).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 86) stützt sich in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf die Stellungnahmen von Dr. med. I. _____ (AB 47, 70, 85). Diese fachärztlichen Beurteilungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen damit vollen Beweis. Der RAD-Arzt orientierte sich an der Einschätzung von Dr. med. D. _____, welche den Beschwerdeführer kli-

nisch exploriert hatte (AB 7.3) und berücksichtigte auch die weitere medizinische Aktenlage. Seine Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend.

3.3.1 Entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 5 Ziff. III f. Art. 4) stehen die RAD-Berichte nicht im Widerspruch zu den übrigen Ärzten, vielmehr liegen miteinander korrelierende und konsistente Beurteilungen vor. Vorab ist die diagnostische Zuordnung der geklagten Beschwerden allseits unbestritten. Internistisch bzw. gastroenterologisch im Vordergrund stehen eine von sämtlichen involvierten Ärzten anerkannte chronische äthylische Hepatopathie (alkoholische Lebererkrankung), die von den Spezialisten im Spital G._____ (AB 67/7 Ziff. 1, 67/12 Ziff. 1) spezifischer als äthyltoxische Leberzirrhose mit dem Schweregrad A nach Child-Pugh-Score qualifiziert wurde, was für eine noch gute Leberfunktion steht (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 368). Damit einher geht eine portale Hypertension (Pfortaderhochdruck) mit Ösophagusvarizen (Erweiterungen der Speiseröhrenvenen), was zu gastrointestinalen Blutungen führen kann (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 963 und S. 1531 f.) und im Juni 2013 eine Pfortaderthrombose verursachte (AB 20, 25). Zudem liegt ein Ulkus Grad 3 der Forrest-Klassifikation vor, mithin ein Magengeschwür ohne Blutungszeichen (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 709 und S. 2191). Ebenfalls anerkannt sind chronische Lumbalgien (AB 80/8; BB 12). Die Ärzte sind der einhelligen Auffassung, dass die bisherige Tätigkeit als ... (AB 1/4 Ziff. 6, 11/1 Ziff. 3, 12, 16/2 Ziff. 2.7) nicht mehr zumutbar ist (AB 7.3/2 Ziff. 5, 14/3 f. Ziff. 1.6 und Ziff. 1.7, 67/4 Ziff. 1.7, 70/3).

Was eine leidensangepasste Tätigkeit anbelangt, gingen die Dres. med. D._____ und I._____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus, wobei sie wegen der Dekonditionierung vorerst einen Einstieg mit einem 50%igen Pensum und alsdann eine schrittweise Steigerung auf ein Vollpensum empfahlen (AB 7.3/2 Ziff. 5, 70/3). Der RAD-Arzt entwickelte das von Dr. med. D._____ formulierte Zumutbarkeitsprofil unter Berücksichtigung der ergänzten Aktenlage weiter. Es ist einleuchtend, dass aufgrund der Thrombozytopenie bzw. der (oralen) Antikoagulation Verrichtungen mit besonderen Verletzungsgefahren unzumutbar sind und zur Vermeidung

einer intraabdominellen Druckerhöhung funktionelle Einschränkungen bestehen. Auch dieser Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit stehen keine divergierenden Arztberichte entgegen. Der Hausarzt äusserte sich im Bericht vom 29. April 2013 (AB 14) nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit und das von ihm postulierte Hebelimit von zehn Kilogramm (AB 14/4 Ziff. 1.7) ist im Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. I. _____ (AB 70/3) angemessen berücksichtigt. Dr. med. J. _____ ging ebenfalls von einer solchen Limitierung aus (AB 67/4 Ziff. 1.7), für die von ihm im selben Bericht erwähnten fünf Kilogramm (AB 67/6) fehlt hingegen eine konklusive Begründung. Anders als in der Beschwerde (S. 3 f. Ziff. III Art. 3 f.) angenommen, bezieht sich die von ihm bescheinigte mindestens 50%ige Leistungseinschränkung (AB 67/4 Ziff. 1.7) im Übrigen explizit auf die bisherige Tätigkeit (was mit dem Umstand kontrastiert, dass er die Frage nach deren Zumutbarkeit verneinte). In den Berichten des Spitals E. _____ (AB 20, 25) wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und die Feststellung von Dr. med. F. _____, dass die Krankheit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (AB 25/2 Ziff. 1.1, 25/4 Ziff. 1.7), ist unbestritten.

Dr. med. I. _____ bezog im Rahmen des von ihm formulierten Zumutbarkeitsprofils in Kenntnis des Befundberichts vom 6. Mai 2013 (AB 80/11 f.) auch die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule mit ein (AB 85/2 ad Ziff. 5). Soweit der im Beschwerdeverfahren aufgelegte Bericht des Spitals G. _____ vom 27. Februar 2015 (BB 12) aufgrund des zeitlichen Überprüfungshorizonts des angerufenen Gerichts überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140), stützt er die Beurteilung des RAD-Arztes. Die Dres. med. L. _____ und M. _____ gingen lediglich von Einschränkungen für schwere Arbeiten aus und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit für (leichte) Verweisungstätigkeiten nicht. Hinzu kommt, dass der klinische Befund keinen Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik (Neurokompression) zeigte und bildgebend (MRI nativ und mit Kontrastmittel) eine eigentliche Diskushernie ausgeschlossen werden konnte (AB 80/8 f.). Im Übrigen empfahlen die Ärzte im Zusammenhang mit den muskulären Dysbalancen sowie der Haltungsinsuffizienz aktivierende Gymnastikübungen, sie führten aber gleichzeitig aus, der Beschwerdeführer stehe einer (ihm im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht [Art. 7

Abs. 1 IVG] ohne weiteres zumutbaren) aktivierender Physiotherapie skeptisch gegenüber.

Es liegen keinerlei ärztliche Berichte vor, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an der differenzierten RAD-Beurteilung zu begründen. Im Gegenteil präsentiert sich die medizinische Aktenlage insgesamt kohärent und widerspruchsfrei.

3.3.2 Der Beschwerdeführer moniert sinngemäss, die Erkenntnisse aus den berufspraktischen Erhebungen stünden den Schlussfolgerungen von Dr. med. I. _____ entgegen (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3). Dazu ist zu bemerken, dass den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen zwar nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden können, es aber in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin obliegt, den Gesundheitsschaden zu beurteilen und zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2).

Vom 23. September bis 18. Oktober 2013 erfolgte eine Arbeitsmarktliche Abklärung (AA) in der Abklärungsstelle H. _____ (AB 29, 31, 33 f.) und vom 29. September bis 28. Dezember 2014 befand sich der Beschwerdeführer zur berufspraktischen «Referenzerarbeitung» in der Abklärungsstelle K. _____ (AB 63, 83). Im Abschlussbericht der Abklärungsstelle H. _____ vom 26. November 2013 (AB 34) wurde eine geringe Motivation des Beschwerdeführers festgestellt, wobei er bei zumutbaren Montagearbeiten trotzdem eine Leistung von 78 % erreichte (AB 34/4 Ziff. 4, 34/6 Ziff. 4), was Dr. med. I. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. November 2014 berücksichtigte (AB 70/3). Der Bericht der Abklärungsstelle K. _____ lag am 16. Dezember 2014 vor (AB 83) und ging von einem im ersten Arbeitsmarkt möglichen Pensum von 50 % mit 10%iger Leistungseinschränkung aus (AB 83/3). Eine nachvollziehbare Begründung dafür, weshalb kein höheres Rendement erreicht werden konnte, ist dem besagten Bericht nicht zu entnehmen, vielmehr wurde offenbar allein auf das subjektiv gezeigte Leistungsvermögen abgestellt. Nach eigener Auffassung des Beschwerdeführers würde ein grösserer Beschäftigungsgrad daran scheitern, dass nach zirka vier Stunden Schmerzen auftreten (AB 83/4), was jedoch in den medizinischen Akten keinen Rückhalt findet. In Anbe-

tracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), was hier gerade nicht der Fall ist. Eine derartige einschränkende Schmerzsymptomatik wurde im Zusammenhang mit den gastroenterologischen Beschwerden nicht beschrieben und eine entsprechende Limitierung durch die Lumbalgien wäre bei einem nach den Vorgaben von Dr. med. I. _____ optimal adaptierten Arbeitseinsatz (AB 70/3, 85/2) mit den klinischen Befunden nicht vereinbar.

3.3.3 Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt und erübrigen sich weitere diesbezügliche Erhebungen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Insbesondere besteht weder eine Veranlassung noch ein Anspruch auf die eventualiter beantragte (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1 Ziff. 2) versicherungsexterne polydisziplinäre Begutachtung (vgl. BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). In tatsächlicher Hinsicht ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2008 in der angestammten Tätigkeit bzw. eine stufenweise auf 100 % steigerbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit erstellt.

Die bestehende Dekonditionierung bezieht sich nicht auf die muskulären Dysbalancen bzw. die Haltungsinsuffizienz (BB 12), sondern hauptsächlich auf die bloss lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (AB 7.3/2 Ziff. 5, 70/3), die keiner (therapeutischen) Eingliederungsmassnahme zugänglich ist. Bei dieser Ausgangslage ist kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen. Weil medizinisch-theoretisch zudem binnen weniger Wochen ein Vollpensum erreicht werden kann, fällt ein Rentenanspruch allein für die notwendige Zeit zur Angewöhnung an die Erwerbstätigkeit von vornherein ausser Betracht (vgl. Entscheid des BGER vom 13. Dezember 2007, I 1048/06, E. 6.3 [Umkehrschluss]). Abzustellen ist folglich auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und

beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich für das Valideneinkommen auf den im letzten Arbeitsverhältnis im Jahr 2012 erzielten Bruttolohn von Fr. 6'415.-- pro Monat bzw. Fr. 83'395.-- im Jahr (AB 16/2 Ziff. 2.10, 18.2/1). Aufindexiert auf das für den frühestmöglichen Rentenbeginn massgebende Jahr 2013 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG) ergibt sich ein Wert von Fr. 83'887.-- (Fr. 83'395.-- / 101.7 x 102.3 [BFS, Lohnentwicklung 2013, Tabelle T1.1.10, Nominallohnentwicklung, Männer, Wirtschaftszweig F 41-43 {Baugewerbe/Bau}, Index 2012 bzw. 2013]).

4.3.2 Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, weshalb für das Invalideneinkommen statistische Werte heranzuziehen sind. Ausgehend von der LSE 2012 und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2013 resultiert ein hypothetischer Bruttojahreslohn von Fr. 65'690.-- (Fr. 5'210.-- [BFS, LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 {einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art}] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total, 2013] / 101.7 x 102.5 [BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2012 bzw. 2013]). Die Höhe des in der angefochtenen Verfügung (AB 86) zugelassenen Abzugs vom Tabellenlohn wird beschwerdeweise nicht gerügt und es besteht keine Veranlassung, in das pflichtgemäss ausgeübte Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen. Demnach beträgt das Invalideneinkommen Fr. 55'837.-- (Fr. 65'690.-- ./ 15 %).

4.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein abgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und ren-

tenausschliessender (vgl. E. 2.2 hievor) Invaliditätsgrad von 33 % ([Fr. 83'887.-- ./ Fr. 55'837.--] / Fr. 83'887.-- x 100). Die Beschwerdegegnerin verneinte folglich einen Rentenanspruch in ihrer Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 86) im Ergebnis zu Recht, womit sich die dagegen erhobene Beschwerde vom 24. Februar 2015 als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen 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. 700.-- 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:

Der Gerichtsschreiber:

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.