

200 16 1205 IV
SCJ/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. April 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. November 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 20. November 2015 unter Hinweis auf ein „Burnout mit Depression“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor und holte insbesondere ein psychiatrisches Gutachten ein (AB 33.1). Gestützt darauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Juli 2016 (AB 39) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Damit zeigte sich der – durch Fürsprecherin B._____ vertretene – Versicherte mit Einwand vom 26. August 2016 (AB 43) und vom 3. Oktober 2016 (AB 47) nicht einverstanden. Die IVB hielt mit Verfügung vom 8. November 2016 an ihrem Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren ab (AB 51).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Fürsprecherin B._____ – am 7. Dezember 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere die Ausrichtung einer Invalidenrente (IV-Rente) und Prüfung von Wiedereingliederungsmassnahmen. Zudem sei ein unabhängiges Gutachten einzuholen, wobei die behandelnde Psychiaterin beizuziehen sei und ihm Gelegenheit gegeben werde, sich zu den Gutachtervorschlägen zu äussern.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 8. November 2016 (AB 51). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3 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 Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 23. Juli 2015 (Beschwerdebeilage [BB] 4) die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung/Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73.0) und bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese (ICD-10: Z82). Nach einer längeren Belastungssituation sowohl im Berufsleben wie auch in der Familie sei der Beschwerdeführer erkrankt. Es lägen Einschränkungen in der Bewältigung der alltäglichen Routine sowie der beruflichen Aufgaben vor und Ferien hätten keinen Erholungswert mehr. Es lägen eine stark verminderte Belastbarkeit und niedrige Stress- und Frustrationstoleranz vor und es beständen Auffassungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Das formale Denken sei verlangsamt und grübelnd.

3.1.2 Im Austrittsbericht vom 26. Oktober 2015 zur stationären Behandlung vom 14. September 2015 bis zum 23. Oktober 2015 (AB 25 S. 7 ff.) stellten die Fachärzte der Abteilung Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik D. _____ folgende Diagnosen:

1. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2)
2. Psychovegetativer Erschöpfungszustand (ICD-10: Z73.0)
3. Gastroösophageale Refluxkrankheit (ICD-10: K21.9)
4. Gemischte Hyperlipidämie (ICD-10: E78.2)
5. Gilbert-Meulengracht-Syndrom (ICD-10: E80.4)
6. Status nach Hepatitis (in der Kindheit).

Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer eine Angstsymptomatik und ein depressives Zustandsbild mit hauptsächlich bedrückter, ängstlicher Stimmungslage, Zukunftsängsten, Grübeln, vermindertem Antrieb, innerer Unruhe und sozialem Rückzug gezeigt (S. 8). Im Verlauf sei es zu einer leichten Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen und der Beschwerdeführer habe ohne Selbst- und Fremdgefährdung nach Hause austreten können (S. 9).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Februar 2016 (AB 25

S. 2 ff.) Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: 41.2) und einen psychovegetativen Erschöpfungszustand (ICD-10: Z73.0) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe sich vom Wesen her wesentlich verändert und die Depression und Angststörung sei ihm deutlich anzumerken (S. 3). Während der ganzen Dauer der Behandlung seit Herbst 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Allerdings scheine der Beschwerdeführer noch nicht austerapiert, weshalb eine erneute psychiatrische Hospitalisation sinnvoll erscheine (S. 4).

3.1.4 Die Fachärzte der Abteilung Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik D._____ führten in ihrem Austrittsbericht vom 29. März 2016 (AB 31 S. 2 ff.) die folgenden Diagnosen auf:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2)
2. Gastroösophageale Refluxkrankheit (ICD-10: K21.9)
3. Gilbert-Meulengracht-Syndrom (ICD-10: E80.4)
4. Psychovegetativer Erschöpfungszustand (ICD-10: Z73.0)
5. Gemischte Hyperlipidämie (ICD-10: E78.2)
6. Akute Infektion der oberen Atemwege (ICD-10: J06.9).

Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt die Diagnosekriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt (S. 3). Er habe sich gut auf das stationäre Setting einlassen können und sein Zustand habe sich während des Aufenthalts merklich verbessert. Stabilisiert und frei von Suizidalität habe er aus der Klinik austreten können (S. 4). Ein ärztliches Zeugnis mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. März bis zum 14. April 2016 sei ihm mitgegeben worden.

3.1.5 In seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2, Beginn: September 2015, vorübergehende Verschlechterung Februar 2016 bis April 2016) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Überlastung bei der Arbeit (ICD-10: Z56). Von September bis November 2015 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden (S. 8). Diese habe sich dann auf 80 % verbessert, worauf

es jedoch im Februar 2016 erneut zu einer 70 %igen Einschränkung gekommen sei. Seit April 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % bis 90 % und der Beschwerdeführer könne diese Arbeitsfähigkeit in seinem eigenen Betrieb verwerten. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht nicht ungünstig. Es müsse jedoch darauf geachtet werden, dass der Beschwerdeführer sich nicht mehr unvernünftig überarbeite.

3.1.6 In seinem Bericht vom 3. Oktober 2016 (AB 47) kritisierte Dr. med. E. _____ das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) und führte aus, dass nicht auf dessen Einschätzung abgestellt werden könne.

3.1.7 Am 26. Oktober 2016 (AB 49) nahm Dr. med. F. _____ Stellung zur Einschätzung von Dr. med. E. _____ vom 3. Oktober 2016 (AB 47) und hielt an seiner Beurteilung im Gutachten vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) fest.

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) gestützt, in welchem dieser die Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2) festgehalten hat (S. 11). Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen des Gutachters und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Schliesslich steht die Beurteilung mit den übrigen Akten in Übereinstimmung und sie findet in den vorliegenden medizinischen Unterlagen ihren Rückhalt. Auch die Erkenntnisse aus der persönlichen Untersuchung von Dr. med. F. _____ flossen in die überzeugende Beurteilung ein, so dass darauf abzustellen ist.

3.4 Daran vermögen die Vorbringen im Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. E. _____ vom 3. Oktober 2016 (AB 47) nichts zu ändern. Mit den in diesem Bericht vorgetragenen Kritikpunkten setzte sich Dr. med. F. _____ in seiner Stellungnahme vom 26. Oktober 2016 (AB 49) in nachvollziehbarer und überzeugender Weise auseinander und führte aus, weshalb an seiner Beurteilung vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) festzuhalten ist. Zum Beispiel wertete er das regelmässige Fitnesstraining als nur einen unter vielen Hinweisen dafür, dass der Beschwerdeführer eine regelmässige und aktive Tagesgestaltung pflege, und schloss daraus, dass keine schwere, blockierende psychische Krankheit mehr vorhanden ist. Wenn der Beschwerdeführer sich oft durch seine erbrachte Leistung definiert habe, so konnte Dr. med. F. _____ dem durchaus zustimmen: es sei diesbezüglich aber Aufgabe des behandelnden Psychiaters, diese Verhaltensweise zu verbessern und es handle sich um eine psychologische

Problematik, welche nicht einer psychiatrischen Störung gemäss ICD-10 entspreche (S. 3). Nicht folgen konnte der psychiatrische Gutachter damit dem Einwand von Dr. med. E. _____, wonach diese Problematik der Selbstdefinition über die Leistung den Beschwerdeführer daran hindere, Selbstwert zu entwickeln. Die langjährige berufliche Überforderung aufgrund zweier Arbeitsplätze müsse als krankheitsfremder Faktor gewichtet werden und es sei von einem Krankheitsgewinn auszugehen, wenn der Hausarzt eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen festgestellt habe (S. 4).

Darüber hinaus sind die Ausführungen des behandelnden Hausarztes Dr. med. E. _____ ohnehin nicht geeignet, die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters in Zweifel zu ziehen, denn der behandelnde Hausarzt verfügt nicht über einen zur Beurteilung und insbesondere auch Differenzierung von depressiven Erkrankungen notwendigen Facharztstitel in Psychiatrie (vgl. statt vieler: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E.3.2.3, wonach die fachliche Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussage von erheblicher Bedeutung ist). Zum anderen gilt auch zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten und behandelnden Ärzten wie Dr. med. E. _____ der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Schliesslich kann die Dauer der durchgeführten Untersuchung keine Rolle für den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens spielen, denn für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C_942/2009, E. 5.2), was bei den von Dr. med. F. _____ veranschlagten 70 Minuten durchaus zutrifft (AB 49 S. 4).

3.5 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F. _____ hat in seinem Gutachten vom 22. Juni 2016 (AB 33.1) überzeugend ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) zu diagnostizieren war (S. 11). Diese Diagnosen haben denn auch sowohl die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. _____ in ihrem Bericht vom 23. Juli 2015 (BB 4) wie auch die Fachärzte der Abteilung Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik D. _____ in ihrem Austrittsbericht vom 26. Oktober 2015 (AB 25 S. 7 ff.) gestellt. Dass auf die im zweiten Austrittsbericht vom 29. März 2016 (AB 31 S. 2 ff.) festgehaltene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, nicht abgestellt werden kann, hat Dr. med. F. _____ schlüssig dargelegt, indem er ausführt, dass nicht nachvollziehbar sei, wenn anlässlich des Eintritts in die Klinik ein mittelgradiges depressives Zustandsbild festgehalten worden war und nach einer Stabilisierung in der Klinik über den Zeitraum von einem Monat bei Austritt daraufhin eine schwere depressive Episode diagnostiziert werde (AB 33.1 S. 9). Schliesslich hat auch der behandelnde Hausarzt Dr. med. E. _____ in seinem Bericht 3. Oktober 2016 (AB 47) den „Druckfehler“ im Bericht vom 24. Februar 2016 selber korrigiert und angegeben, dass es an Stelle von „schwerer Depression“ korrekt „mittelschwere Depression“ hätte heissen sollen. Auf die von Dr. med. F. _____ gestellte Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2) ist deshalb abzustellen.

Der Sachverhalt ist damit rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf deren Durchführung – wie sie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt werden (Beschwerde vom 7. Dezember 2016, S. 2, Rechtsbegehren 2) – in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. BGE 122 V 157 E.1d S.162).

3.6 Dr. med. F. _____ attestierte dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit eine wechselnde Arbeitsfähigkeit zwischen 50 % während der beiden stationären Aufenthalte im Oktober 2015 und im März 2016 sowie eine solche von 80 % bis 90 % seit Mai 2016 (AB 33.1 S. 13). Ob auf die entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden kann, mag letz-

ten Endes offen zu bleiben, denn die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung per se im Grenzbereich dessen zu situieren, was noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes anerkannt werden kann (Entscheidung des BGer vom 28. Juli 2008, 9C_636/2007, E. 3.3.2, und vom 27. April 2007, I 164/06 E. 3.1). Die Kategorie kommt nur zum Tragen, wenn die Angst oder die Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung vorhanden sind, jedoch beide nicht ein Ausmass erreichen, das eine Einzeldiagnose rechtfertigen würde (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 200). Die Beschwerdegegnerin geht denn in der angefochtenen Verfügung vom 8. November 2016 (AB 51) auch davon aus, dass – noch – kein von den psychosozialen Belastungsfaktoren unabhängiger und mittlerweile verselbstständigter psychischer Gesundheitsschaden vorliege. Aufgrund der vorliegenden Akten überzeugt dies: Eindeutig sind beim Beschwerdeführer invaliditätsfremde Faktoren wie eine langjährige Überlastung durch seine zweifache Arbeitstätigkeit als Angestellter und als selbständiger Unternehmer sowie familiäre Probleme gegeben (AB 33.1 S. 9). Zudem kann von einem Krankheitsgewinn ausgegangen werden, ist doch die vom Hausarzt festgestellte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nicht nachvollziehbar (vgl. E. 3.5 vorstehend). Zudem hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die eher geringe Therapiefrequenz hingewiesen (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5), spricht doch eine bloss alle drei Wochen stattfindende psychotherapeutische Behandlung (vgl. AB 33.1 S. 7) ebenfalls gegen eine ausgewiesene psychische Krankheit.

3.7 Zusammenfassend ist unter diesen Umständen ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht rechtsgenüglich erstellt.

4.

Nach dem hiervor Ausgeführten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen. Die ange-

fochtene Verfügung vom 8. November 2016 (AB 51) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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. 800.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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):

- Fürsprecherin 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.