

200 16 459 IV
SCI/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Januar 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin MLaw C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. April 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde anfangs Dezember 2010 unter Hinweis auf die Folgen eines im selben Jahr erlittenen Arbeitsunfalles (Rückenbeschwerden, Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Depressionen) durch seine damalige Arbeitgeberin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1 ff.), ehe er sich Ende Dezember 2010 selber zum Leistungsbezug anmeldete (AB 12). Die damals zuständige IV-Stelle ... (nachfolgend: IV...) nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor (AB 9, 13 ff.) und verneinte den Anspruch sowohl auf Eingliederungsmassnahmen (AB 27) als auch auf berufliche Massnahmen (AB 39, 51). Nachdem der Versicherte ab 18. April 2012 wieder eine Arbeit aufgenommen hatte (AB 61), sprach die IV... nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 63) und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 66) mit Verfügung vom 21. September 2012 (AB 69) eine befristete Rente (ganze Rente vom 1. Juli bis 31. Oktober 2011, halbe Rente vom 1. November 2011 bis 29. Februar 2012, keine Rente ab 1. März 2012) zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Februar 2014 (vgl. AB 77.1/133) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen zweiten Unfall vom 18. April 2013 bei der nunmehr zuständigen IVB erneut zum Leistungsbezug an (AB 71). Das Arbeitsverhältnis war auf den 30. November 2013 gekündigt worden (AB 92/9). Die IVB holte medizinische sowie erwerbliche Unterlagen (AB 84 ff.) und in diesem Zusammenhang insbesondere auch die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA; AB 77.1, 85.1) ein. Nach Konsultationen des RAD (AB 99, 123, 132) und nach entsprechendem Vorbescheid (AB 124) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 7. April 2016 (AB 136)

bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine vom 1. Januar bis 30. Juni 2015 befristete ganze Rente zu. Für die vorangehende und nachfolgende Zeit verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 15 bzw. 10 % einen Rentenanspruch (AB 136/6).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwältin MLaw C._____, mit Eingabe vom 6. Mai 2016 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 7. April 2016 sei betreffend Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente einerseits vom 1. April bis 31. Dezember 2014 und andererseits ab 1. Juli 2015 aufzuheben und dem Beschwerdeführer stattdessen eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Es sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen und es sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss reichte Rechtsanwältin C._____ am 9. Juni 2016 ihre Kostennote ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. November 2016 machte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf eine mögliche Schlechterstellung (reformatio in peius) durch Rückweisung der Streitsache zu kardiologischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin aufmerksam und bot ihm Gelegenheit, einer solchen durch Rückzug der Beschwerde bis am 23. November 2016 zu entgehen.

Mit Eingabe vom 16. Januar 2017 teilte der Beschwerdeführer mit, dass an der Beschwerde vom 6. Mai 2016 festgehalten werde, zumal die befristete ganze Rente zu Recht gesprochen worden sei.

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 7. April 2016 (AB 136).

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der generelle Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente – unter Einschluss der grundsätzlich unbestritten gebliebenen Zusprechung einer ganzen Invalidenrente vom 1. Januar bis 30. Juni 2015 (AB 136) – zu prüfen.

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).

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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 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).

2.4 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).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom

17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.6 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.6.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.6.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.6.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343

E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom Februar 2014 (AB 71) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 7. April 2016 (AB 136) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 21. September 2012 (AB 69) und der Verfügung vom 7. April 2016 (AB 136) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiavor).

3.2 Die damals zuständige IV... stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 21. September 2012 (AB 69) im Wesentlichen auf folgende medizinische Unterlagen:

3.2.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 16. November 2010 (Austritt am 10. November 2010; AB 21/5 ff.) wurden einerseits aufgrund eines Unfalls vom 26. Juli 2010 mit Sturz ... aus 1.5 Meter Höhe auf den Rücken eine Wirbelsäulenprellung und eine fragliche Schädelprellung und andererseits eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) diagnostiziert (AB 21/5). Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Diese sei weitgehend auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die festgestellte psychische Störung begründe eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aus rein soma-

tischer Sicht seien jegliche Tätigkeiten ganztags ohne Einschränkungen zumutbar, aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit aktuell 100 %. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den fehlenden objektivierbaren pathologischen Befunden der bisherigen klinischen Untersuchungen und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus rein somatischer Sicht nicht erklären (AB 21/6 f.).

3.2.2 Im Rahmen der SUVA-kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 25. Januar 2011 wurden als unfallkausal ein Status nach Rückenkontusion und fraglicher Kopfkontusion am 26. Juli 2010 ohne objektivierbare unfallkausale Verletzungsfolgen und nicht unfallkausal eine Depression, Symptomausweitung mit zunehmenden Beschwerden, subjektive Schwindelbeschwerden, ein Tinnitus und eine Epicondylitis humeri lateralis links diagnostiziert (AB 19/5 Ziff. 5). Anlässlich der klinischen Untersuchung habe sich ein mässig depressiv verstimmt wirkender Patient präsentiert, der auf seine somatischen Beschwerden fixiert sei. In den Abklärungen hätten sich keine unfallkausalen Befunde objektivieren lassen. Aufgrund der Erstuntersuchungsbefunde (keine Prellmarken, Schürfwunden oder Hämatome) und auch der detaillierten Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang könne eine Commotio cerebri ausgeschlossen werden. Auch eine traumatisch cochleovestibuläre Schädigung könne sowohl aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde als auch der MRI-Befunde ohne jeglichen Hinweis auf eine Verletzung ausgeschlossen werden. Die psychiatrischen Abklärungen hätten eine depressive Verstimmung ergeben, wobei depressive Episoden seit dem Jahr 2001 bzw. 2002 bekannt seien. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werde die subjektiv empfundene Schmerzsymptomatik durch die Depression getriggert und aufrecht erhalten (AB 19/5 f.).

3.2.3 Anlässlich einer stationären Hospitalisation in der Klinik E. _____ vom 16. März bis 5. Mai 2011 wurde gemäss Austrittsbericht vom 18. Mai 2011 (AB 35) von psychiatrischer Seite eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Angstzuständen und somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) nach Unfall vom Juli 2010 und bei negativen Kindheitserlebnissen (u.a. Verlusterfahrungen; ICD-10: Z61), allein leben (ICD-10: Z60.2) und narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) diagnostiziert. Für die Zeit des Aufenthalts und 14 Tage im An-

schluss wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Für die weitere Stabilisierung wurde die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik F. _____ organisiert.

3.2.4 Im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung vom 14. Dezember 2011 (Gutachten vom 18. Februar 2012; AB 57) im Auftrag der Krankentaggeldversicherung stellte Dr. med. G. _____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Fähigkeitsausweis in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0), einen Status nach Depression, remittiert (ICD-10: F32.4), Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten und Mitarbeitern (ICD-10: Z56.4), die Versetzung in andere soziale Umgebung (ICD-10: Z60.3), akzentuierte (histrionische/narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), das Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen (Non-Compliance; ICD-10: Z91.1), negative Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61) sowie Verdacht auf Migräne (AB 57/24). Es fänden sich bei den Angaben des Beschwerdeführers viele Widersprüche und Inkonsistenzen: Der Beschwerdeführer klagte über seine erheblichen Verletzungen an Kopf und Rücken, sei überzeugt, dass er durch den Unfall sehr schwer verletzt worden sei. Er steigere seine Klagen über die Schmerzen, obwohl er keinerlei Schmerzmittel benötige. Die geschilderten Kopfschmerzen mit Lichtscheu und Schwindel entsprächen klinisch am ehesten dem Bild einer Migräne und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt. Er nehme regelmässig seine Psychopharmaka zu sich, jedoch fänden sich Hinweise auf Non-Compliance. Im psychopathologischen Befund fänden sich zurzeit keine Hinweise (mehr) für eine depressive Erkrankung, dagegen viele Hinweise auf Verdeutlichung, Katastrophierung eines eher harmlosen Unfalles und Symptomausweitung. Er limitiere sich selbst. Der Beschwerdeführer hätte retrospektiv und medizinisch-theoretisch ab dem 4. November 2011 wieder zu 100 % arbeiten können; zum Zeitpunkt der Untersuchung sei eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende seelische Erkrankung nicht mehr nachweisbar gewesen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lägen krankheitsfremde (psychosoziale, mit Schwerpunkt soziale) Motive/Problemfelder vor, die bisher die Arbeitsaufnahme beeinträchtigt hätten (AB 57/24 ff.).

3.2.5 Mit Stellungnahme vom 23. Mai 2012 hielt der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, unter Verweis auf die vorliegenden Unterlagen fest, es werde darin eine Remission des vermutlichen psychiatrischen Leidens bestätigt. Passend dazu habe der Beschwerdeführer wieder eine Arbeit gefunden. Ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert müsse von Juli 2010 bis November 2011 angenommen werden, wobei die Arbeitsunfähigkeit bis Juli 2011 100 % und von August bis November 2011 50 % betragen habe (AB 63).

3.3 Im Februar 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Leistungsbezug an (AB 71), nachdem die SUVA ihre Leistungen für ein Ereignis vom 18. April 2013 – basierend unter anderem auf einer umfassenden psychiatrischen Beurteilung mit Untersuchung (AB 77.1/117 ff.) – eingestellt hatte (AB 73). Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 21. September 2012 (AB 69) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Der Beschwerdeführer besuchte von 12. August bis 25. Oktober 2013 die psychiatrischen Dienste I._____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 25. Oktober 2013 (AB 77.1/113 ff.) wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine Anpassungsstörung nach HWS-Unfall im Juli 2010 und April 2013 (ICD-10: F43.2) diagnostiziert. Im Rahmen der Anamnese wies der Beschwerdeführer auf die 2010 erlittene HWS-Verletzung hin, wonach er schwere Nacken- und Rückenschmerzen verspürt, unter zunehmender Vergesslichkeit gelitten und zusätzlich einen ständigen Tinnitus im Ohr gehabt habe. Es sei ihm mit der Zeit aber besser gegangen, die Schmerzen hätten etwas nachgelassen, sodass er im April 2012 eine neue Arbeit habe aufnehmen können. Im April 2013 habe er seinen Nacken erneut während der Arbeit angeschlagen. Seither habe er wieder starke Schmerzen und sei krankgeschrieben (AB 77.1/113). Eine eigentliche Beurteilung erfolgte in diesem Bericht nicht.

3.3.2 Gemäss psychiatrischer Beurteilung vom 17. Januar 2014 mit Untersuchung vom 3. Dezember 2013 durch den versicherungspsychiatrischen Dienst der SUVA (AB 77.1/117 ff.) lag zum Untersuchungszeitpunkt

keine psychische Störung vor, die die Kriterien der ICD-10 erfüllt hätte (AB 77.1/126).

Verneint wurde insbesondere die Diagnose einer (leichten) depressiven Episode (ICD-10: F32): In der Untersuchung sei die Stimmung überwiegend gut gewesen; nur bei den Themen Arbeitsfähigkeit und Einsamkeit sei der Beschwerdeführer ernst und etwas niedergestimmt geworden. Aber es liege keine durchgängig depressive Stimmung (1) vor. Interesse (Dokumentarfilme, Lesen) oder Freunde (2) seien vorhanden. Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit (3) hätten sich feststellen lassen; er zeige wenig Eigeninitiative, Tatkraft und Unternehmungsgest, zudem benötige er Pausen in kurzen Abständen. Konzentration (Flüchtigkeitsfehler) und Aufmerksamkeit (4) seien vermindert, was ausserdem sein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (5) mindere. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (6) berichte er nicht. Ebenso wenig beklage er negative und pessimistische Zukunftsperspektiven (7). Die gelegentlich aufblitzenden Lebensüberdrußgedanken, wenn die Nacken- und Kopfschmerzen zu stark würden oder er sich seiner Einsamkeit in der Schweiz bewusst werde, seien nicht ausreichend für das Kriterium Suizidgedanken (8); früher erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen seien nicht bekannt. Schlafstörungen (9) würden von ihm in Form von Ein- und Durchschlafstörungen beschrieben. Der Appetit (10) sei nicht vermindert. Fasse man zusammen, dann sei von den Symptomen (1) bis (3) nur das Symptom des Antriebsmangels sowie der erhöhten Ermüdbarkeit (3) erfüllt. ICD-10 fordere aber mindestens zwei Symptome für die Diagnose einer Depression. Von den Symptomen (4) bis (10) träfen verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit (4), vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (5) und Schlafstörungen (9) zu. Hier seien zwar drei statt der geforderten zwei Symptome erfüllt; dies allein berechtige aber noch nicht zur Diagnose einer leichten depressiven Episode (AB 77.1/125).

In Bezug auf die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) liege zwar eine gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch den starken sozialen Rückzug vor, nicht aber unterschiedliche körperliche Symptome (sondern immer die gleichen Symptome) und auch nicht die hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer

Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden sei (AB 77.1/126).

Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) lasse sich ebenfalls nicht verifizieren, fehlten doch anhaltende Symptome vegetativer Übererregtheit, anhaltendes Vermeidungsverhalten bezüglich Trauma assoziierter Reize, beharrliches Wiedererleben traumatischer Ereignisse sowie emotionale Taubheit (AB 77/1/126).

3.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 12. März 2014 (AB 93/2 Ziff. 1.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach traumatischen Erlebnissen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2) nach Arbeitsunfällen am 26. Juli 2010 und 18. April 2013 (Differenzialdiagnose: Rezidivierende depressive Episode [ICD-10: F33.1]), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine koronare Herzkrankheit (KHK). Seit dem Unfall 2010 leide der Beschwerdeführer nachts unter Alpträumen mit Erlebnissen aus der Kindheit, Jugend und dem früheren Erwachsenenalter. Dabei sehe er Szenen, die er während des Bürgerkriegs und des Militärputschs in ... erlebt habe. Nachdem die SUVA ihre Leistungen eingestellt habe, sei es zu einer vorübergehenden Krise mit Angst, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung gekommen. Der SUVA-Psychiater habe die Bedingungen für eine depressive Episode, Somatisierungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung als nicht erfüllt betrachtet (vgl. E. 3.3.2 hiervor), dies unter Medikation mittels milchbüchleinartigem Abhacken der ICD-10-Symptomenliste, was seines Erachtens nicht korrekt sei (AB 93/3 Ziff. 1.4).

3.3.4 Nach einer am 4. März 2014 durchgeführten Myokardperfusionszintigraphie (AB 94/1) zur Abklärung einer atypischen Angina pectoris wurden in der Kardiologie K._____ im Bericht vom 11. März 2014 (AB 94/2) unter anderem die Diagnosen einer koronaren Herzkrankheit und einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt und auf kardiovaskuläre Risikofaktoren hingewiesen. Die Myokardperfusionszintigraphie habe einen pathologischen Befund mit einer diskreten Ischämie infero-posterior und

einem schweren ischämischen Stunning gezeigt, sodass auch eine Dreige-
fässerkrankung möglich sei.

3.3.5 Im Kurz-Austrittsbericht der Rehaklinik L. _____ vom 7. April 2014 (AB 96) wurden eine koronare 3-Gefäss-Kardiopathie, hochgradige Abgangsstenosen der Arteria carotis interna rechts (70 - 99 %) und mittelgradig links (50 - 69 %), eine prädiabetogene Stoffwechsellage und eine normochrome normocytäre Anämie diagnostiziert. Der Rehabilitationsverlauf nach einer 4-fach AC-Bypass-Operation am 19. März 2014 habe sich komplikationslos gestaltet. Für drei Wochen postoperativ sei kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg möglich.

3.3.6 RAD-Ärztin Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 17. Juni 2014 (AB 99) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach 4-fach aorto-coronarem Bypass am 19. März 2014 bei erhaltener Ventrikelfunktion (ohne vorausgegangenen Herzinfarkt) und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem die wiederholten Unfälle mit übermässig langer Arbeitsunfähigkeit, den anamnestisch vorgebrachten Tinnitus und die anamnestisch (mit inkonsistenten Angaben) geltend gemachten Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel und Vergesslichkeit (AB 99/7 f.). Bis 20. Juni 2014 dürfe der Beschwerdeführer keine Gewichte über 5 kg heben, anschliessend seien wieder Gewichte bis 15 kg zumutbar. Unter Berücksichtigung dessen sei die bisherige Tätigkeit weiterhin zumutbar (AB 99/8).

3.3.7 Bei unveränderten Diagnosen gingen die Ärzte der Kardiologie K. _____ im Bericht vom 23. Juni 2014 (AB 100) davon aus, dass trotz erhaltener biventrikulärer Pumpfunktion eine Rückkehr in die Arbeitswelt (auch aufgrund der Zusatzdiagnosen) unrealistisch scheine (AB 100/1 unten). Zur Objektivierung der körperlichen Leistungsfähigkeit müsste eine Spiroergometrie durchgeführt werden (AB 100/2 oben).

3.3.8 Gemäss Mitteilung der RAD-Ärztin Dr. med. M. _____ vom 12. August 2014 (AB 104) hatte und habe der Beschwerdeführer vor und nach Anlage seiner Bypässe eine gute Herzleistung, wobei er sich nach Anlage der Bypässe nicht mehr ganz so heftig angestrengt habe oder etwas von seiner Fitness verloren habe. Die Herzleistung sei für eine leichte

bis auch mindestens kurzzeitige mittelschwere Tätigkeit ausreichend. Es bestehe keine Notwendigkeit, auch noch eine Spiroergometrie oder sonstige weitere Abklärungen durchzuführen.

3.3.9 Am 4. November 2014 erfolgte eine Carotisendartektomie mit Patchplastik links bei hochgradiger Abgangsstenose der Arteria carotis interna (AB 112.2/4 ff.). Aufgrund der Klagen des Beschwerdeführers über chronischen Drehschwindel anlässlich der routinemässigen Nachkontrolle des Spitals N. _____ am 24. März 2015 (Bericht vom 30. März 2015; AB 120/7 ff.) veranlassten die Ärzte ein neurologisches Konsil mit der Frage, ob es sich hierbei um zentralen oder peripheren Schwindel handle - eine symptomatische cerebrale Minderdurchblutung sei sehr unwahrscheinlich; aus ihrer Sicht sei der Schwindel eher vestibulär. Bezüglich der Tinnitus symptomatik würden sie ein HNO-Konsil veranlassen.

3.3.10 Dr. rer. O. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im undatierten, am 30. April 2015 der Beschwerdegegnerin zugegangen Bericht (AB 120/1 ff.) eine Carotisstenose beidseits, eine 3-Gefäss KHR, Depressionen, Schwindel und Tinnitus, weshalb der Beschwerdeführer bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig sei, dies bei schlechter Prognose.

3.3.11 Im Bericht vom 20. Juli 2015 führte die RAD-Ärztin Dr. med. M. _____ aus (AB 123), der Beschwerdeführer hätte ein bis zwei Wochen nach dem Unfall vom 18. April 2013 wieder voll arbeitsfähig sein sollen. Objektiv sei ausser einigen Muskelverspannungen nichts vorgelegen, was eine lange Arbeitsunfähigkeit begründet hätte. Nach der Operation am 4. November 2014 (vgl. E. 3.3.9 hiervor) könne der Beschwerdeführer bis am 30. März 2015 als 100 % arbeitsunfähig gelten. Gemäss Bericht vom 30. März 2015 (vgl. ebenfalls E. 3.3.9 hiervor) hätten dann keine spezifischen Probleme mehr bestanden. Beim beklagten Schwindel und Tinnitus handle es sich um unspezifische subjektive Störungen. Ab 1. April 2015 sei der Beschwerdeführer ohne zeitliche Einschränkung wieder arbeitsfähig.

Mit Stellungnahme vom 6. November 2015 führte die RAD-Ärztin M. _____ aus, die Herzfunktion sei nicht beeinträchtigt. Immer wieder stelle der Beschwerdeführer seine somatischen Beschwerden (Schmerzen, Tinnitus, Schwindel) in den Vordergrund, also die subjektiven, nicht objekti-

vierbaren Störungen. Deshalb seien keine weiteren Abklärungen vorzunehmen (AB 132).

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

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 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht

eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5

3.5.1 Die psychiatrische Einschätzung durch den versicherungspsychiatrischen Dienst der SUVA vom 17. Januar 2014 (AB 77.1/117 ff.) überzeugt in jeder Hinsicht und erfolgte lege artis. Nachvollziehbar wurde dargelegt, weshalb nicht von einer massgeblichen Depression auszugehen ist. Soweit die Depression als Folge der Leistungseinstellung durch die SUVA zu sehen ist (vgl. E. 3.3.3 hiavor), ist sie schliesslich reaktiv und damit unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Überzeugend wurde auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. AB 77.1/113) ausgeschlossen. In beiden Fällen waren die diagnoserelevanten Kriterien auch nicht ansatzweise erfüllt. Wenn der behandelnde Psychiater unter Angabe des angeblichen Miterlebens kriegerischer Ereignisse in der Kindheit auf eine posttraumatische Belastungsstörung schloss und daraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ableitete (vgl. E. 3.3.3 hiavor), kann ihm nicht gefolgt werden. Die diagnoseinhärenten (zu objektivierenden) Befunde fehlen denn auch in seinen Darstellungen fast vollständig. Bei vor Jahrzehnten erfolgten Ereignissen von hinreichender Schwere hätte die posttraumatische Belastungsstörung zudem bereits vor langer Zeit entstehen müssen. Sie wäre hernach gemäss den Diagnoserichtlinien – wenn nicht überwunden – in eine Persönlichkeitsstörung übergegangen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., 2014, S. 207 f.). Eine Persönlichkeitsstörung wird hier jedoch nicht festgestellt. Dies zu Recht, denn es bestehen keine Anzeichen, dass der Beschwerdeführer sich nach der Emigration und während der langen Phase der Erwerbstätigkeit in der Schweiz nicht innerhalb der (breiten) psychischen Norm bewegt hat. Vor diesem Hintergrund überzeugt die zusammenfas-

sende Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. M. _____ (AB 99), wonach in psychiatrischer Hinsicht eine massgebliche Erkrankung der Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen worden sei und diese Einschätzung auch weiterhin Bestand habe.

3.5.2 Im März 2014 wurde (auf somatischer Ebene) neu eine kardiologische Diagnose gestellt (AB 94, 96). Es erfolgten weitere Abklärungen und der Beschwerdeführer wurde in der Folge operiert. Mit der neu festgestellten kardialen Problematik ab März 2014 und der entsprechenden Behandlung hat sich vor Erlass der angefochtenen Verfügung eine Veränderung eingestellt, die einer neuen medizinischen Beurteilung bedarf. Diese Beurteilung hat (revisionsrechtlich) zwangsläufig alle Aspekte einzubeziehen.

Nachvollziehbar hat die RAD-Ärztin in ihrer ersten Beurteilung (AB 99; vgl. E. 3.3.6 hiervor) die kardiale Diagnose unter diejenigen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet und weitere Berichte verlangt. Wenn sie schon im gleichen Bericht eine Arbeitsunfähigkeit für allein drei Monate attestiert und für die Zeit danach von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgeht, ist das medizinisch nicht hinreichend begründet. Seitens der Kardiologie wurde nämlich eine Rückkehr in die Arbeitswelt als unrealistisch bezeichnet (AB 100; vgl. E. 3.3.7 hiervor). Auch wenn diese letzte Aussage offenkundig nicht allein kardial begründet war, sondern auch auf Diagnosen anderer Fachgebiete Bezug genommen wurde und zudem auch invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante psychosoziale Überlegungen mitschwangen, kann sie ohne einlässliche kardiale Würdigung nicht übergangen werden.

Auch die Folgebeurteilungen der RAD-Ärztin vom 12. August 2014 (AB 104) und 20. Juli 2015 (AB 123) stellen keine genügende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung dar. Die vom Spital N. _____ veranlassten weiteren Untersuchungen ergeben zwar Anzeichen dafür, dass für die vor wie nach den Herzoperationen geklagten Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen) kein organisches Korrelat besteht. Soweit die Ärzte des Spitals N. _____ unter Verweis auf ein schweres Schädel-Hirntrauma im Jahr 2010 ein organisches Korrelat vermuten, gehen sie zudem offensichtlich von falschen Annahmen hinsichtlich der Verletzungen anlässlich des damaligen Unfalls aus. Ein Schädel-Hirntrauma lag mit Blick auf die Akten zweifellos nicht vor. Neurologische Probleme konnten denn auch ausge-

geschlossen werden (vgl. AB 85.1/14). Dies ändert jedoch nicht daran, dass die Fachärzte die Situation bereits auch und allein aus kardiologischer Sicht anders beurteilten und beurteilen als die RAD-Ärztin. Eine abschliessende Beurteilung auf der Basis der RAD-Berichte bleibt damit ausgeschlossen. Keine Bedeutung kommt dem undifferenzierten Bericht des Dr. med. O. _____ (AB 120) zu, der zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, dies aber nicht weiter begründet.

3.6 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache geht deshalb zurück an die Verwaltung, damit sie den Beschwerdeführer kardiologisch abkläre und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge.

Der Beschwerdeführer wurde auf eine mögliche Schlechterstellung hingewiesen. Er hat ausdrücklich an der Beschwerde festgehalten.

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 Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversi-

cherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter <www.justice.be.ch>). Im Falle der Vertretung durch Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbände wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 180.-- festgelegt.

Der Beschwerdeführer wird durch Rechtsanwältin M^{Law} C. _____ von B. _____ vertreten. Deren geltend gemachter Aufwand von "mindestens 20 Arbeitsstunden" erweist sich als deutlich übersetzt, wirft der Fall doch keine besonders komplexen Sachverhalts- und Rechtsfragen auf. Ferner beschränken sich die Beschwerde vom 6. Mai 2016 sowie die Stellungnahme vom 16. Januar 2017 über weite Strecken auf eine Wiedergabe (eingeholter oder im Recht liegender) medizinischer Berichte. In Anbetracht dieser Umstände ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) angemessen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. April 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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.