

200 16 633 IV
LOU/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Mai 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. Januar 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese hob einen zunächst erlassenen negativen Vorbescheid vom 1. Mai 2015 (AB 49) auf und stellte dem Versicherten nach weiteren Abklärungen mit Vorbescheid vom 23. März 2016 (AB 73) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens erneut die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 76) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 78) verneinte sie mit Verfügung vom 7. Juni 2016 (AB 79) entsprechend den Vorbescheiden einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen.

B.

Mit Eingabe vom 5. Juli 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 9. August 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Beschwerdeantwort und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

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 7. Juni 2016 (AB 79). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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 Er-

werbsmöglichkeit 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 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 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.

2.4 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).

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2016 (AB 79) basiert auf den Einschätzungen des RAD.

3.1.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vermerkte in ihrer Aktenstellungnahme vom 28. April 2015 (AB 48) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, während sie als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Übergewicht, die bekannte arterielle Hypertonie (AB 21/2 Ziff. 1.1, 30/5) sowie die im Dezember 2013 diagnostizierte leichtgradige hypertensive Herzerkrankung (AB 21/7) aufführte. Sie hielt unter anderem fest, dass die im Nachgang zur ab 4. November 2013 erfolgten Arbeitsniederlegung (AB 19.4 Ziff. 5 f.) durch die behandelnden Ärzte in Betracht gezogene ponto-mesenzephalische Ischämie (AB 21/2 Ziff. 1.1, 21/7, 21/11, 27/2) bildgebend, elektrophysiologisch und klinisch nicht gesichert sei. Die Schwindelbeschwerden erfüllten weder die Kriterien eines vestibulären noch eines zerebellären Schwindels und seien auch nicht mit einer anderen spezifischen neurologischen Funktionsstörung vereinbar. Vielmehr bestehe eine Diskrepanz zwischen den vorgetragenen Befindungsstörungen und den objektiven Befunden. Zusammen mit diesen Diskrepanzen spreche die plakative Beschwerdedarstellung für das Vorliegen bewusstseinsnaher Tendenzreaktionen (Aggravation, Simulation). Die Diagnosekriterien für die von den behandelnden Therapeuten angenommene Anpassungsstörung (AB 25/1 Ziff. 1.1) seien nicht erfüllt und es lägen keine Befunde vor, die seit 4. November 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründeten. Dem Beschwerdeführer seien mindestens leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten (ohne Akkord) vollschichtig zumutbar. Er sei auch fähig, die angestammte Tätigkeit auszuüben, zumal sich keine Fahruntauglichkeit begründen lasse und auch öffentliche Verkehrsmittel uneingeschränkt benutzt werden könnten.

3.1.2 Eine neuropsychologische RAD-Untersuchung vom 18. Februar 2016 ergab keine Anhaltspunkte für einen authentischen neuropsychologischen bzw. kognitiven Gesundheitsschaden. Dr. phil. D. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, gelangte im entsprechenden Bericht vom 29. Februar 2016 (AB 69) zum Schluss, dass eine nicht plausible und

logisch inkonsistente Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert bestehe, deren Art und Ausmass sich weder schlüssig noch hinreichend als Folge einer wie auch immer gearteten zerebralen Dysfunktion erklären lasse.

3.1.3 Dr. med. C._____ bestätigte am 18. März 2016 ihre bisherige Auffassung, wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe. Sie wies unter anderem darauf hin, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung durch Dr. phil. D._____ (AB 69) eindeutig für bewusstseinsnahe Tendenzreaktionen und gegen eine hirnorganische Wesensveränderung sprächen. Im Übrigen habe das inzwischen diagnostizierte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS; AB 61/1) keine negativen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Schliesslich hätten sich laborchemisch am 18. Februar 2016 Hinweise auf einen schädlichen Alkoholkonsum ergeben (AB 67/2), Blutbildveränderungen, Leberfunktionsstörungen oder eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems seien jedoch nicht nachweisbar (AB 72). Anlässlich der RAD-Besprechung vom 2. Juni 2016 hielt die RAD-Ärztin an ihrer Beurteilung fest (AB 78).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

3.3 Die fachärztlichen RAD-Beurteilungen vom 28. April 2015 (AB 48) und 18. März 2016 (AB 72) erfüllen, zusammen mit dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 29. Februar 2016 (AB 69), die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

3.3.1 Dass Dr. med. C. _____ keine klinische Exploration durchführte (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 2), ist nicht geeignet, den Beweiswert ihrer Beurteilung zu erschüttern, konnte sie sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein insgesamt lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Zudem bezog sie in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2016 (AB 72) zusätzlich die Erkenntnisse aus der zwischenzeitlich erfolgten neuropsychologischen Abklärung durch Dr. phil. D. _____ mit ein. Wohl haben neuropsychologische Feststellungen letztlich lediglich Hilfscharakter, da die neuropsychologischen Testresultate nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.), die auffälligen Ergebnisse der psychometrischen Tests bzw. der Symptomvalidierung stützten jedoch die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin. So hielt Dr. phil. D. _____ unter anderem fest, der Explorand habe sich bei Anweisungen oft in einer Weise begriffsstutzig gegeben, wie es selbst bei Personen mit geistiger Behinderung kaum beobachtet werden könne. Einerseits seien selbsterklärende und evidente Handlungsschritte nachgefragt worden, andererseits hätten aber komplexe oder abstrakte Elemente einer Instruktion prompt erfasst

werden können (AB 69/5 Ziff. 5). Im Rahmen der Symptomvalidierung habe er bei den einfachsten Testabschnitten die schlechtesten und bei den schwierigsten Elementen die besten Leistungen erbracht (AB 69/6 Ziff. 6). Die produzierten Leistungsdefizite in den kognitiven Funktionen hätten eindeutig und zweifelsfrei als funktionelle Artefakte identifiziert werden können, womit eine organische Ätiologie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sei (AB 69/8 Ziff. 8).

3.3.2 Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers widersprechen die RAD-Beurteilungen nicht sämtlichen übrigen Berichten (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 2), vielmehr bestehen durchaus bedeutende Korrelationen. Der Beschwerdeführer wurde nach der stationären Rehabilitation in der Klinik G._____ in ... (AB 27/2-4) der Psychiatrischen Dienste H._____ weiterbetreut, wobei in allen Berichten des Ambulatoriums darauf hingewiesen wurde, dass der Beschwerdeführer situativ aggraviere (AB 25/3 Ziff. 1.7, 39/3 Ziff. 1, 53/4 Ziff. 1). Auch der behandelnde Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, zielte in diese Richtung: Er gab im Juni 2015 an, die Stand- und Gangunsicherheit habe eher eine appellative Komponente im Sinne einer gewissen Symptomausweitung (AB 58/5). Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, erachtete im Bericht vom 19. August 2015 (AB 63/3-5) eine Aggravation ebenfalls für möglich und wies darauf hin, dass sich die erhobenen Befunde durch die in den Unterlagen beschriebene Ischämie allein nicht erklären liessen (AB 63/4). Sodann deckt sich die Auffassung von Dr. med. C._____, dass die leichtgradige hypertensive Herzerkrankung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt, mit der Einschätzung von Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, der von einer Beschwerdefreiheit ausging und lediglich eine prophylaktische Pharmakotherapie empfahl (AB 21/7 f.). Schliesslich ist das diagnostizierte mittelschwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) nach Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, mittels CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) behandelbar (AB 61).

3.3.3 Wohl hielt Dr. med. I._____ in diagnostischer Hinsicht eine stattgehabte ponto-mesenzepale Ischämie für wahrscheinlich, er stützte

sich dabei aber hauptsächlich auf die anamnestischen Schilderungen (AB 21/11), während das Schädel-CT vom 28. November 2013 (AB 21/9) kein Anhalt für Einblutungen oder Ischämien zeigte und Dr. med. J. _____ eine kardiale Embolie-Quelle als mögliche Ursache nicht nachzuweisen vermochte (AB 21/7). Die Diagnose einer durchgemachten Hirnstammischämie wurde in der Folge von den weiteren involvierten Therapeuten – notabene aus fachfremder Perspektive – unkritisch übernommen (AB 21/2 Ziff. 1.1, 27/2, 30/5, 36.3/5 Ziff. 1, 53/2 Ziff. 2). Zwar gab Dr. med. K. _____ in Kenntnis der ersten RAD-Stellungnahme (AB 48) am 25. Juni 2015 zur Untermauerung seiner Diagnose ergänzend an, er habe in der Akutsituation neurologische Ausfallsyndrome in Form von sakkadierenden Augenfolgebewegungen sowie einer rechtsbetonten Stand- bzw. Ganzataxie festgestellt und auch im Rahmen der Hospitalisation in ... seien Koordinations- bzw. Gleichgewichtsstörungen aufgefallen (AB 58/4). Selbst wenn initial im November 2013 tatsächlich eine Hirnstammischämie auftrat – was letztlich dahingestellt bleiben kann –, bestand jedoch spätestens im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im November 2014 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. AB 19.2/1, 41/1 Ziff. 5 [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG i.V.m. AB 2 [Karenzfrist]) diesbezüglich offensichtlich kein Residualzustand mehr. So erklärte der Neurologe, aufgrund des Verlaufs teile er «zumindest bis zum Ende der stationären Rehabilitation vom 19.03.2014» die Einschätzung von Dr. med. C. _____ nicht (AB 58/4). Gleichzeitig räumte er ein, dass gegenwärtig kein zerebelläres Syndrom mehr bestehe, die Okulomotrik normal sei und weder die Stand- und Gangunsicherheit noch die subjektiv empfundenen Schwindelbeschwerden eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten (AB 58/5).

3.3.4 Dr. med. E. _____ ging gestützt auf die am 17. August 2015 durchgeführte verhaltensneurologische-neuropsychologische Untersuchung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowie einer nicht gegebenen Fahreignung aus (AB 63/4). Auch sie fand jedoch kein organisches Korrelat für die subjektiv geklagten Beschwerden und empfahl eine fachpsychiatrische Beurteilung, ein ergänzendes Schädel-MRI (zum Ausschluss einer vaskulären Enzephalopathie) sowie eine neuropsychologische Verlaufskontrolle in sechs Monaten im Hinblick auf die Entwicklung einer neurodegenerativen Erkrankung (AB 63/4 f.). Die Verwaltung kam dieser Empfehlung

insoweit nach, als sie ein halbes Jahr später die umfassende neuropsychologische Abklärung durch Dr. phil. D. _____ veranlasste (AB 69) und die Akten durch Dr. med. C. _____ psychiatrisch bzw. neurologisch beurteilen liess (AB 72). Da die psychometrischen Tests ein eindeutiges Resultat aufzeigten, welches keine relevante Einschränkung begründen liess und eine organische Ätiologie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschloss (AB 69/8 f.), erübrigte sich eine bildgebende Untersuchung und konnten die Bedenken von Dr. med. E. _____ ausgeräumt werden (Beschwerde S. 7 f. Ziff. IV Ziff. 2 f.). Inwiefern die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung durch Dr. phil. D. _____ dabei einer «Gehirnwäsche» gleichgekommen sei bzw. eine «absolut nicht neutrale und verletzende Abklärung» dargestellt haben soll, ist nicht ersichtlich und wird seitens des Beschwerdeführers auch nicht substantiiert begründet (Beschwerde S. 6 Ziff. IV Ziff. 2; Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3).

3.3.5 Was die von Dr. med. E. _____ erwogene depressive Symptomatik (AB 63/4) anbelangt, ergaben sich dafür während der initialen Hospitalisation in ... noch keine Anhaltspunkte (AB 27/4). Seitens der Psychiatrischen Dienste H. _____ wurde in der Folge zwar rückwirkend für die Zeit ab 12. November 2013 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22) bzw. später eine Anpassungsstörung mit längerer depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) diagnostiziert (AB 25/1 Ziff. 1.1, 39/1 Ziff. 2). Dr. med. C. _____ zeigte aber einleuchtend und überzeugend auf, dass weder die Angst vor einem (erneuten) Hirnschlag noch die unspezifische Affektlabilität (AB 25/2 Ziff. 1.4) die diagnostischen Kriterien einer Anpassungsstörung erfüllten (AB 48/8). Hinzu kommt, dass diese Kategorien von Angststörungen höchstens eine leichte oder höchstens mittlere Symptomausprägung umschreiben (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 210) und damit nicht anders zu behandeln sind wie die schliesslich diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11; 53/2 Ziff. 2). Selbst wenn diese Störungen aus dem depressiven Formenkreis beim Beschwerdeführer noch bestand haben sollten, würden sie keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen,

da sie rechtsprechungsgemäss als therapeutisch angehbar gelten (SVR 2016 IV Nr. 29 S. 88 E. 4.2, 9C_340/2015) und keine Therapieresistenz vorliegt. Der Beschwerdeführer nimmt keine psychopharmazeutische Behandlung in Anspruch (AB 63/4) und bei einer Psychotherapie-Frequenz von ungefähr drei Wochen (AB 53/3 Ziff. 4) bzw. einem Monat (AB 63/4, 69/4) liegt keinesfalls eine konsequente Therapie mit optimaler und nachhaltiger Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten vor (SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176 E. 4.2 mit Hinweisen, Entscheid des BGer vom 3. April 2017, 8C_814/2016, E. 5.3.2 [zur Publikation bestimmt]). Bei dieser Ausgangslage kann die seitens der Psychiatrischen Dienste H._____ im Juni 2015 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 53/3 Ziff. 5) der Einschätzung von Dr. med. C._____ nicht entgegenstehen. Ebenso verhält es sich mit den Attesten des Hausarztes Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der die vollständige Arbeitsunfähigkeit mit starken Erschöpfungszuständen/chronic fatigue bzw. den – wie dargelegt – somatisch nicht ausgewiesenen Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindelzuständen und Gedächtnisstörungen begründete (AB 36.3/5, 41/3).

4. Nach dem Gesagten besteht gestützt auf die beweiskräftigen RAD-Beurteilungen der Dres. C._____ und D._____ (AB 48, 69, 72) kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen – und damit auch auf die beschwerdeweise beantragte Invalidenrente – folglich zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demgemäss 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 und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe 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. 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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme:

- Sammelstiftung ...

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.