

200 16 751 IV
MAW/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde Ende Mai 2015 unter Hinweis auf ein chronisches Lymphödem und Schmerzsyndrom bei Status nach Myofibroblastom am linken Oberschenkel von der behandelnden Ärztin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1), ehe er sich im Juni 2015 selber zum Leistungsbezug anmeldete (AB 6). Er war ab 14. Januar 2015 krankgeschrieben (AB 8/1 ff.) und ihm wurde seine Arbeitsstelle als ... aufgrund "organisatorischer Neuausrichtung" per 31. Juli 2015 gekündigt (mit Freistellung ab 28. November 2014; AB 14/2 f.).

Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 8 ff) ordnete die IVB im Nachgang an eine somatische Aktenbeurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 30) ein psychiatrisches Gutachten an (Gutachten vom 6. Juni 2016; AB 46.1). Am 13. Juni 2016 erliess die IVB einen Vorbescheid, wonach mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Leistungsanspruch bestehe (AB 47). Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage von medizinischen Unterlagen Einwand (AB 51 f.). Nach Konsultation des RAD (AB 55) verfügte die IVB am 12. Juli 2016 dem Vorbescheid entsprechend (AB 56).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, lic. iur. C._____, am 25. August 2016 (Poststempel) Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine ganze Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts bzw. zur Einholung eines polydisziplinären Gut-

achtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; verfahrensmässig wurde ein zweiter Schriftenwechsel beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. September 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 25. November 2016 liess der Beschwerdeführer einen aktuellen medizinischen Bericht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) einreichen.

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 12. Juli 2016 (AB 56). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.1 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).

2.1.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

2.1.3 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). 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).

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 Dreiviertelrente, 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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer wurde in der Rehaklinik D. _____ mehrfach untersucht.

Anfänglich gingen die behandelnden Ärzte von einem neuropathischen Beinschmerz links bei Zustand nach Tumorexzision (Myofibrosarkom) 2008 und Exzision der V. saphena magna 2010 aus (Berichte vom 13. August und 7. Dezember 2012, 15., 19. und 21. Februar 2013 sowie 22. Januar 2014; AB 34/15 ff.)

Aufgrund der psychologischen/psychiatrischen Beurteilung im März 2014 (AB 22/13 f.) wurde was folgt diagnostiziert (ICD 10):

- M54.3 Am ehesten myofaszieller Schmerz im Bereich der Leistenregion und medialer Oberschenkel bis zum Knie von einem brennenden Schmerzcharakter, verstärkt unter Belastung, gebessert in Ruhe. Nach Tumorexstirpation eines Myofibrosarkoms 2008 und 2010.
- Z63 langjährige Erkrankung der Ehefrau
- F45.41 Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Z56 schwierige berufliche Bedingungen

Der Beschwerdeführer habe in seinem Beruf sehr grosse Belastungen zu tragen gehabt. In den letzten zwei Jahren habe er immer mehr Aufgaben übernehmen müssen und habe 11-13 Stunden pro Tag gearbeitet. Neben dem Beruf müsse er auch im Haushalt mithelfen. Seine Ehefrau habe vor Jahren ein schlimmes Burn-Out mit massiven Symptomen (wie der Unfähigkeit zu schreiben) erlitten und habe damals stationär behandelt werden müssen. Sie brauche auch aufgrund eines erlittenen Scheudertraumas Unterstützung. Die Schmerzverarbeitung erscheine vor allem durch berufliche und private Belastungen getriggert zu werden, sodass die psychotherapeutische Arbeit vor allem hier ansetzen sollte (Bericht vom 28. März 2014; AB 22/13 f.).

Im Rahmen der fortlaufenden neurologischen Beurteilung wurde auch "am ehesten" von einem myofasziellen Schmerz (Bericht vom 30. April 2014; AB 22/10 f.) bzw. einem myofasziellen Schmerz mit möglicher neuropathischer Schmerzkomponente im Sinne eines Persistent post surgical pain (Berichte vom 3. und 14. Oktober sowie 30. Dezember 2014; AB 22/2 ff.) ausgegangen, dies nebst schwierigen beruflichen Bedingungen und langjähriger Erkrankung der Ehefrau. Der Beschwerdeführer verspüre unverändert einen Oberschenkelschmerz nach Tumorexzision 2008. Der Schmerzcharakter sei brennend und stechend; es komme auch zu intermittierend auftretenden, einschliessenden, elektrischen Schmerzattacken. Die Ursache des seit der Oberschenkeloperation am proximalen ventralen Oberschenkel links infolge eines Myofibrosarkoms mit Rezidivoperation 2010 bestehenden Schmerzsyndroms sei neurologisch nicht eindeutig zuordenbar; die Schmerzausbreitung entspreche keinem sicheren neurologisch erkläraren Versorgungsgebiet. Am ehesten handle es sich um einen myo-

fasciellen Schmerz. Die Schmerzverarbeitung erscheine vor allem durch berufliche und private Belastungen getriggert zu werden, so dass die psychotherapeutische Arbeit vor allem hier ansetzen sollte (AB 22/10 f.). Generell sei die Diagnose als "persistent postsurgical pain" zu werten (AB 22/8 Mitte). Am 10. Oktober 2014 sei ein Spitaleintritt wegen eines unklaren Infekts im Oberschenkel links erfolgt (AB 22/5 f.); im Verlauf sei es zu einer Schwellung und Rötung im Bereich des Oberschenkels links gekommen und es sei stationär mit Antibiotika behandelt worden. Im Zusammenhang bzw. im Anschluss an die Oberschenkelinfektion Mitte Oktober 2014 habe sich eine Schmerzverschlechterung des vorbekannten Schmerzes unter Belastung eingestellt. Insgesamt sei die Schmerzausbreitung des Schmerzcharakters sowie auch die sensible Störung keinem neurologischen Dermatom zuzuordnen; am ehesten handle es sich um eine Schmerzausweitung des vorbekannten chronischen postoperativen Schmerzes (persistent post surgical pain) nach Tumoroperation eines Myofibrosarkoms 2008 und 2010. Der aktuelle Schmerz sei vorwiegend nozizeptiv zu werten. Eine Schmerzausweitung und Schmerzverschlechterung eines vorbekannten Schmerzsyndroms sei möglich und werde auch im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungssituationen gesehen wie z.B. der aktuell im November 2014 ausgesprochenen Kündigung des Arbeitsplatzes und zusätzlicher Belastung aufgrund der Pflegesituation der Ehefrau (AB 22/2 ff.; vgl. auch AB 26/38 ff.).

3.1.2 Im Spital E. _____ wurden gemäss Berichten vom 17. März (AB 15.2/5 f.) und 1. Juni 2015 (AB 15.2/2 f.) folgende Diagnosen gestellt:

- Chronische Schmerzen im Bereich Oberschenkel/Unterschenkel links
- mit neuropathischer Schmerzkomponente
- St. n. Exzision eines Myofibroblastoms 06/2008
- St. n. langfristiger Drainage bei persistierendem Serom 07/08
- St. n. Tumorexzision 12/2010 (keine Hinweise auf Rezidiv)
- St. n. Erysipel Ober-/Unterschenkel links 2012 und 2014
- St. n. Leistenhernien-OP bds. 08/2014 (vgl. AB 26/47)

Es bestünden beim Beschwerdeführer bekannte chronische persistierende Schmerzen im Bereich des Oberschenkels bei Status nach Exzision eines Myofibroblastoms 2008. Es bestünden sowohl nozizeptive Schmerzkomponenten bei am ehesten myofaszialen Schmerzen als auch – vom Beschwerdeführer als Hauptschmerz bezeichnet – neuropathische Schmer-

zen, welche auch einen neuralgieformen Charakter aufweisen würden. Die ganze Schmerzsymptomatik habe seit dem Infekt im Oktober 2014 wieder an Intensität zugenommen, wodurch sich der Beschwerdeführer im Alltag deutlich beeinträchtigt fühle. Anamnestisch sei ein MRI wiederholt worden, wobei ein Tumorrezidiv ausgeschlossen worden sei (vgl. AB 26/54 f.). Ende November 2014 sei die Anstellung gekündigt worden. Darüber sei der Beschwerdeführer eher erleichtert, da am Arbeitsplatz eine stressige und unangenehme Stimmung geherrscht habe (AB 15.2/5 f.).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 13. Juni 2015 (AB 26/9 f.) was folgt:

01. Unspezifische Schwindelsymptome (Dizziness)
 - psychosoziale Belastungssituation
02. Myofibroblastom des linken Oberschenkels
 - operiert 2008/2010
03. Neuropathisches Schmerzsyndrom bei Beeinträchtigung N. saphenus
04. Status nach Erysipel links 2012/2014
05. Status nach Leistenhernienoperation beidseits 08/2014

Das Hauptproblem des Beschwerdeführers, der Schwindel, könne keiner bekannten Erkrankung zugeordnet werden. Der unspezifische und normale oto-neurologische Status weise weg von einer somatischen Pathologie und nach der Anamnese sei eine somatoforme Symptomatik die wahrscheinlichste Erklärung.

3.1.4 Die Hausärztin G. _____, praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 23. Dezember 2015 (AB 26/2 ff.) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronischen therapierefraktären Schmerz bei Status nach Myofibroblastom-Operation des linken Beins sowie Depression bei Langzeitschmerzsyndrom (Angst-Panik-Reaktion unter Fentanyl, chronische Existenzängste). Er leide unter Schmerzen und Perspektivlosigkeit, da er weder im Schmerzzentrum H. _____ (vgl. E. 3.1.1 hiervor) noch in der Schmerzambulanz des Spitals E. _____ (vgl. E. 3.1.2 hiervor) erfolgreich habe therapiert werden können; zunehmend sei es zu Ängsten und Depressivität gekommen. Seit 14. Januar 2015 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Wenn der Schmerz weiterhin nicht reduziert werden könne, müsse mit einer zunehmenden psycho-physischen Reduktion gerechnet werden.

3.1.5 In der (somatischen) Aktenbeurteilung vom 14. Januar 2016 stellte die RAD-Ärztin med. pract. I. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest (AB 30), die geklagten Beschwerden hätten den Beschwerdeführer bis 2014 nie an seiner leichten abwechselnden Tätigkeit als ... gehindert. Nach der Leistenhernienoperation beidseits am 21. August 2014 sei er spätestens drei Wochen postoperativ wieder für seine angestammte sehr leichte bis leichte Aussendiensttätigkeit voll arbeitsfähig gewesen. Die danach attestierte dauerhafte Arbeitsunfähigkeit beruhe auf überwiegend IV-fremden Faktoren (zunehmender beruflicher Druck, Stimmung am Arbeitsplatz, Kündigungsabsicht seinerseits; vgl. AB 17/4); firmeninterne Umstrukturierungen und Veränderungen der Arbeitsbedingungen (und nicht objektivierbare somatische Ursachen) hätten zur Dekompensation geführt. Somit bestehe bis heute aufgrund der diversen medizinischen somatischen Abklärungen keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit als Diese Tätigkeit sei rein somatisch weiterhin ganztags ohne Leistungsminderung zumutbar. Es werde aber ein psychiatrisches Gutachten benötigt.

3.1.6 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, kam im Gutachten vom 6. Juni 2016 (AB 46.1) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus versicherungspsychiatrischer Sicht an keiner eigenständigen primär psychischen Störung leide. Der berichtete Schmerz sei zunächst eindeutig somatisch verursacht gewesen (zwei Operationen zur möglichst umfassenden Entfernung des Weichteiltumors des Oberschenkels sowie die Operation der Leistenhernie) und möge nun neben somatischen Faktoren auch durch psychische Faktoren aufrecht erhalten werden (wozu auch krankheitsfremde und motivationale Faktoren zu zählen seien), die jedoch weder Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung seien (keine schwerwiegenden, anhaltenden psychosozialen Belastungen/Traumatisierungen oder körperliche Übergriffe und kein schwerwiegender emotionaler Konflikt; keine depressive Symptomatik im Ausprägungsgrad einer eigenständigen affektiven Störung [inklusive typischer ambulanter oder stationärer Behandlungsansätze]; keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom) noch für sich genommen die Arbeitsfähigkeit minderten. Die gestellten "Z-Diagnosen" (vgl. E. 3.1.1 hiavor) würden gemäss ICD-10 keine psychischen Störungen ausrücken,

sondern Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Dementsprechend würden die erwähnten "Z-Diagnosen" als krankheitsfremde Faktoren bewertet. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig; inwiefern er durch somatische Faktoren in der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beeinflusst werde, könne aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei keine psychiatrisch/psychotherapeutische Therapie notwendig. Werde als sinnvoll erachtet, dass er eine Gruppentherapie zur Schmerzbewältigung wahrnehme, so ergebe sich daraus weder der Beweis des Vorliegens einer eigenständigen primär psychischen Störung noch eine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit.

3.1.7 Mit Bericht vom 16. Juni 2016 wies der behandelnde Arzt der Rehaklinik D. _____ darauf hin (AB 52/1 f.), dass die Ursache der aktuellen Beschwerden auf eine somatische Diagnose zurückzuführen sei, nämlich die zweimalige operative Behandlung eines bösartigen Tumors mit dem Muskeldefekt und neuropathischem Schmerz mit muskulärer Schmerzkomponente als Folge. Hieraus persistiere eine schwere neuropathische Schmerzkrankheit, die der intensiven Therapie an einer multimodalen Schmerzlinik bedürfe, da im vorliegenden Fall medikamentöse Therapien nicht erfolgreich gewesen seien.

3.1.8 Bezugnehmend hierauf (vgl. E. 3.1.7 hiervor) verneinte die RAD-Ärztin mit Stellungnahme vom 5. Juli 2016 (AB 55/3) das Vorbringen neuer medizinischer Fakten. Stattdessen habe der behandelnde Arzt der Rehaklinik D. _____ seine frühere Einschätzung und Beurteilung der medizinischen Situation geändert und gleichzeitig betont, dass sowohl berufliche als auch psychosoziale Faktoren (kranke Ehefrau) eine Hauptrolle für die Arbeitsunfähigkeit spielen würden (vgl. AB 52/7).

3.1.9 Mit nachträglich eingereichtem Bericht vom 21. November 2016 (BB 4) aktualisierte der behandelnde Arzt des Zentrums für Schmerzmedizin des D. _____ die (neurologischen) Diagnosen wie folgt (ICD-10):

M54.3 Neuropathischer Schmerz mit myofaszieller Komponente linkes Bein im Sinne eines Persistent post surgical pain im Bereich Leis-

	tenregion und medialer Oberschenkel bis zum Knie von einem brennenden Schmerzcharakter
H81.4	Multifaktorieller Schwindel
Z56	Schwierige berufliche Bedingungen
Z63	langjährige Erkrankung der Ehefrau

Der Beschwerdeführer befinde sich seit August 2012 in Behandlung wegen eines Oberschenkelschmerzes links nach Tumorexzision 2008 und 2010 im Sinne eines chronischen postoperativen Schmerzes mit neuropathischer und myofaszieller/nozizeptiver Schmerzkomponente. Seit August 2014 habe sich im Zusammenhang bzw. im Anschluss an eine Oberschenkelinfektion eine Schmerzverschlechterung des Oberschenkelschmerzes links eingestellt. Im Weiteren sei es durch Belastungen wie Krankheit der Ehefrau und starker beruflicher Belastung zu einer weiteren Schmerzverstärkung gekommen, was zur beruflichen Kündigung Ende 2014 geführt habe. Seither werde er psychologisch und physiotherapeutisch betreut. Medikamente seien wirkungslos gewesen. Aufgrund der langen Anreise nach H._____ sei er 2015 im Spital E._____ schmerzmedizinisch betreut worden. Ende Januar 2016 habe er sich erneut in H._____ vorgestellt. Nach einer erneuten Evaluation seien ein multimodales Therapiekonzept mit Teilnahme an der Schmerzbewältigungsgruppe, Physiotherapie sowie eine interventionelle Evaluation etabliert worden. Durch dieses umfassende Programm sei es bis Oktober 2016 gelungen, die Schmerzsituation deutlich zu stabilisieren und die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Unter aktueller Stabilisierung der Schmerzkrankheit und zusätzlichen physiotherapeutischem Gleichgewichtstraining sei eine Besserung des Schwindels zu verzeichnen, zumal eine erneute neurologische Untersuchung keinen wegweisenden Befund ergeben habe.

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).

3.2.1 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).

3.2.2 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).

3.2.3 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).

3.2.4 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 In psychiatrischer Hinsicht stützte sich die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2016 (AB 56) im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten des Dr. med. J. _____ vom 6. Juni 2016 (AB 46.1; vgl. E. 3.1.6 hier vor). Dabei handelt es sich entgegen der in der Beschwerde, S. 3 lit. B Ziff. 1, geäusserten Auffassung nicht um ein "Kurzgutachten"; vielmehr wird darin in überzeugender Weise festgehalten (vgl. E. 3.2.1 hiervor), dass der Beschwerdeführer an keiner krankheitswertigen und damit IV-relevanten psychischen Störung (insbesondere auch nicht an einer somatoformen Schmerzstörung) leidet und deshalb aus psychischen Gründen in keiner Art und Weise in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Inhaltlich hat der Beschwerdeführer denn auch nichts gegen dieses Gutachten eingewendet.

3.4 Umstritten ist demgegenüber, ob bzw. in welchem Umfang der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht eingeschränkt ist. Diesbezüglich

stützte sich die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2016 (AB 56) im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. I. _____ vom 14. Januar 2016 (AB 30; vgl. E. 3.1.5 hiervor).

3.4.1 Die entsprechende Aktenbeurteilung erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor). Sie ist nachvollziehbar sowie schlüssig begründet und wurde in Berücksichtigung und Würdigung sämtlicher medizinischer Vorakten erstellt, so dass auf die darin enthaltenen Feststellungen abzustellen ist.

3.4.2 In dieser Aktenbeurteilung wird nicht in Abrede gestellt und es ist denn auch unbestritten, dass der Beschwerdeführer an Schmerzen leidet, welche ihn in seinem Befinden beeinträchtigen, und dass diese Schmerzen ihren Anfang mit dem operativ zu behandelnden somatischen Gesundheitsschaden nahmen und sich jeweils nach somatischen Erkrankungen verstärkt präsentiert haben. Insoweit stimmt die RAD-ärztliche Einschätzung mit den übrigen Berichten überein. Eine externe Begutachtung in somatischer Hinsicht bzw. eine Untersuchung durch den RAD wäre dann ohne weiteres angezeigt gewesen, wenn die Aktenbeurteilung des RAD durch Berichte der behandelnden Ärzte in Frage gestellt worden wäre (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Obschon die behandelnden Ärzte die aktuellen Beschwerden auf die zweimalige operative Behandlung eines bösartigen Tumors 2008 und 2010 zurückführten (z.B. AB 52/1 und BB 4), konnten auch sie das Andauern der Schmerzen somatisch nicht erklären. Ging beispielsweise die Rehaklinik D. _____ anfänglich noch von einem neuropathischen Schmerz aus (AB 34/15 ff.), wurde – nachdem mit einer entsprechenden Medikation keine ausreichende Wirkung erzielt worden war – zur Diagnose "am ehesten myofaszieller Schmerz mit möglicher neuropathischer Schmerzkomponente" (AB 22/2 ff. sowie zuletzt AB 52/5) bzw. aktuell "neuropathischer Schmerz mit myofaszieller Komponente" (BB 4) gewechselt. Gleiches gilt in Bezug auf den Schwindel (vgl. AB 26/9 f.). Mithin können die Schmerzen (unter Einschluss des Schwindels) trotz zahlreicher fachärztlicher Untersuchungen keiner klaren Diagnose zugeordnet werden, weshalb alle involvierten Ärzte übereinstimmend von ätiologisch unklaren Schmerzen ausgehen.

3.5 Nach dem Dargelegten steht die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. deren Überwindbarkeit gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG zur Beurteilung. Bei der Beurteilung dieser juristischen Frage ist auf die Einschätzung des RAD abzustellen, zumal die behandelnden Ärzte – wie seitens der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 7, richtig festgehalten wurde – die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit mit beruflichen und psychosozialen Faktoren begründeten. Insofern überrascht es denn auch nicht, dass mit dem Wegfall insbesondere der beruflichen Faktoren eine deutliche Besserung eingetreten ist (vgl. BB 4). Damit ist aber eine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht nachgewiesen.

Unter diesen Umständen erweist sich der medizinische Sachverhalt aufgrund der Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. I. _____ als genügend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers – auf weitere Abklärungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Insbesondere auch, weil der nachträglich eingereichte Bericht der Rehaklinik D. _____ vom 21. November 2016 (BB 4; vgl. E. 3.1.9 hiervor) von einer inzwischen erfolgreichen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausgeht.

4.

Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2016 (AB 56) als rechtens und die Beschwerde ist 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. November 2016)
 - 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.