

200 16 819 IV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Juni 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. August 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 8. Dezember 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 3). Diese stellte ihm mit Vorbescheid vom 5. November 2015 (AB 41) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 42, 45) verneinte sie mit Verfügung vom 16. August 2016 (AB 57) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

B.

Mit Eingabe vom 12. September 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt 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 14. November 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Stellungnahme 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 16. August 2016 (AB 57). 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 Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausge-

glichenen 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). 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig

keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.2 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell

wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 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.

2.5 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 In medizinischer Hinsicht basiert die angefochtene Verfügung vom 16. August 2016 (AB 57) hauptsächlich auf der Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. September 2015 (AB 38), welcher sich wiederum an den hausärztlichen Einschätzungen (AB 18/1-5), der psychiatrischen Untersuchung durch den agenturärztlichen Dienst der D. _____ (AB 23) sowie den Verlaufsberichten der Spital C. _____ AG (AB 26, 33) orientierte.

3.1.1 Der Beschwerdeführer wurde nach einem Verkehrsunfall vom 25. April 2014 (AB 9.1/10, 9.1/59, 9.7) und der Erstuntersuchung im Spital G. _____ (AB 9.4/13, 9.4/34 f.) von der Hausärztin Dr. med. E. _____, praktische Ärztin, weiterbetreut. Diese veranlasste unter anderem otologische (AB 9.4/15) sowie neurologische (AB 9.1/184-187) Abklärungen und wies den Beschwerdeführer der Spital C. _____ AG zu (AB 9.4/31 f.). Im undatierten (am 27. Januar 2015 eingelangten) Bericht (AB 18/1-5) vermerkte sie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein komplexes posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) nach Contusio capitis durch Verkehrsunfall im April 2014. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierte sie dagegen anhaltende Dysästhesien im Bereich des Kopfes, Temperaturwahrnehmungsstörungen sowie eine bildgebend befundete Syringohydromyelie auf der Höhe des ersten Brustwirbelkörpers. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfallereignis.

3.1.2 Am 5. Februar 2015 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom agenturärztlichen Dienst der D. _____ untersucht. Im entsprechenden Bericht (AB 23) hielt der Psychiater gleichentags fest, dass das Unfallereignis nicht die gemäss den ICD-10-Kriterien erforderliche Schwere zur Entwicklung einer PTBS aufgewiesen habe, jedoch angenommen werden müsse, dass das Ereignis die traumatischen Erinnerungen an einen ersten schwereren Unfall aus dem Jahre 2003 reaktiviert habe und sich dadurch das klinische Vollbild dieser Diagnose habe manifestieren können. Die PTBS befinde sich mittlerweile im Abklingen, es persistiere jedoch ein allgemeines Ver-

meidungsverhalten, vor allem In Bezug auf körperliche Aktivität und Belastbarkeit, was sich prognostisch sehr ungünstig auswirken könne.

3.1.3 Seitens der Spital C. _____ AG wurde der Beschwerdeführer zunächst von Dr. med. H. _____ und später von Dr. med. I. _____, beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, betreut.

Im Verlaufsbericht vom 1. April 2015 (AB 26) führte Dr. med. H. _____ als relevante Diagnose eine PTBS mit Symptombeginn zirka drei Wochen nach dem Unfallereignis vom 25. April 2014 auf. Nachdem er seit dem Unfalldatum stets eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (AB 9.4/5 f., 9.4/8 f., 9.4/21-27, 9.4/46 f., 9.4/53, 13/25, 13/27-37), ging er ab 18. März 2015 noch von einer 40%igen Einschränkung aus.

Am 25. Juni 2015 berichtete Dr. med. I. _____ über einen stationären Gesundheitszustand. Er attestierte bis 30. Juni 2015 weiterhin eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei er angab, der Beschwerdeführer habe ab 16. Juni 2015 eine Arbeitsstelle mit Steigerung des Arbeitspensums bis 100 % angetreten und wünsche seither keine psychotherapeutische Behandlung mehr. Die Auswirkungen der vom Patienten ohne Aufbautraining geplanten schnellen Steigerung des Beschäftigungsgrades bis zum Vollpensum auf Körper und Psyche könnten nicht eingeschätzt werden (AB 33).

3.1.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ging im Aktenbericht vom 21. September 2015 (AB 38) von einer teilremittierten PTBS (ICD-10: F43.1) aus. Sie erklärte, die PTBS sei zwar das Hauptproblem, subjektiv klage der Beschwerdeführer aber eher über Schmerzen und die Dysästhesie, wofür sich kein ausreichendes Substrat finde. Demnach sei von einem psychosomatischen Leiden auszugehen. Sie wies darauf hin, dass die psychiatrische Behandlung anscheinend abgeschlossen sei und empfahl den weiteren Verlauf abzuwarten. Falls der Beschwerdeführer in der neu aufgenommenen Erwerbstätigkeit aktuell mit einem Pensum von 100 % arbeite, könne auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden, wie sie von den behandelnden Ärzten attestiert worden sei, andernfalls wäre eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen.

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 fachärztliche RAD-Beurteilung vom 21. September 2015 (AB 38) erfüllt – zusammen mit den erwähnten Berichten der Dres. med. E._____, F._____, H._____ und I._____ – die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervoor) und erbringt vollen Beweis, weshalb sich weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.3.1 Dass Dr. med. J._____ keine klinische Exploration durchführte, ist nicht geeignet, den Beweiswert ihrer Einschätzungen zu erschüttern, konnte sie sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein insgesamt lü-

ckenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.2 Ebenso wenig zu beanstanden ist, dass sich die RAD-Beurteilung auf die psychiatrische Fachdisziplin beschränkte, ergeben sich aus den Akten doch keinerlei Anhaltspunkte für einen relevanten somatischen Gesundheitsschaden. Am Unfalltag konnten die erstbehandelnden Ärzte als äussere Verletzung lediglich ein Hämatom an der Stirn links feststellen und die Sonographie des Abdomens sowie das Becken- bzw. Thorax-Röntgen (AB 9.1/172 f., 9.1/166) zeigten keine Hinweise auf innere Verletzungen, Blutungen oder Frakturen, was mit Blick auf die biomechanischen Einwirkungen (AB 9.1/205-212) auch nicht zu erwarten gewesen wäre. Auch das Schädel-CT vom 19. Juni 2014 sowie das MRI vom 5. Januar 2015 offenbarten keine Traumafolgen (AB 9.4/30; Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) und die Veränderungen an der Brustwirbelsäule (BWS) in Form einer kurzen Syringohydromyelia wurden von Dr. med. E._____ – ebenso wie die anhaltenden Dysästhesien und Temperaturwahrnehmungsstörungen – den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet (AB 18/1 Ziff. 1.1). Eine anhaltende organische Nervenschädigung im Sinne einer Kompression oder schwerwiegenden Zerrung von Nervenkonturen konnte von der konsiliarisch beigezogenen Dr. med. K._____, Fachärztin für Neurologie, nicht festgestellt werden. Die Schmerzen sowie die vegetative Dysfunktion (Schwitzen) interpretierte die Neurologin im Sinne einer Ausprägung der PTBS bzw. der erheblichen psychosozialen Belastungssituation (AB 9.1/184-187). Zwar diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, am 29. April 2014 eine Dysakusis (Hörstörung) links als Ausdruck der erlittenen Kontusion des Innenohrs und wahrscheinlich auch der Lärmeinwirkung durch den ausgelösten Airbag. Er stellte jedoch normale objektive Befunde fest (AB 9.4/15) und Dr. med. H._____ gab bereits im Bericht vom 19. August 2014 (AB 9.4/50-52) an, der Beschwerdeführer erwähne das Problem mit dem Gehör nicht mehr.

3.3.3 Die diagnostische Einschätzung der RAD-Ärztin, wonach im Zeitpunkt ihrer Aktenbeurteilung vom 21. September 2015 (AB 38) als einzige relevante Diagnose höchstens eine teilremittierte PTBS (ICD-10. F43.1)

vorlag, finden in den übrigen medizinischen Akten prinzipiell Rückhalt. Wohl erscheint angesichts der einschlägigen Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.) sowie der hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 142 V 342 E. 347 E. 5.2.2) äusserst zweifelhaft, ob der Verkehrsunfall vom 25. April 2014 (AB 9.1/10, 9.1/59, 9.7) überhaupt geeignet war, eine derartiges Krankheitsbild auszulösen. Immerhin zeigte Dr. med. F. _____ aber auf, dass dieses Ereignis zu einer Re-Traumatisierung hinsichtlich des im Jahr 2003 stattgehabten schwereren Verkehrsunfalls geführt haben könnte, wodurch das klinische Vollbild der PTBS erst manifest wurde (AB 23/19). Ob dabei tatsächlich das klinische Vollbild im Sinne der erwähnten klassifikatorischen Kriterien bestand ist fraglich, braucht hier aber ebenfalls nicht abschliessend beurteilt zu werden. Jedenfalls ging der Konsiliararzt der D. _____ bereits anlässlich seiner klinischen Untersuchung vom 5. Februar 2015 davon aus, dass die PTBS am Abklingen war (AB 23/19), was letztlich auch mit der Tatsache korreliert, dass seitens der Dres. med. H. _____ und I. _____ ab 18. April 2015 wieder eine Teilarbeitsfähigkeit postuliert wurde (AB 26/4 Ziff. 1.9, 33/4 Ziff. 15.4) sowie dass der Beschwerdeführer ab 16. Juni 2015 bis auf weiteres keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch nahm (AB 33/2 Ziff. 7, 40.1/4, 40.2/1) und im Stande war, eine vollschichtige Erwerbstätigkeit aufzunehmen (AB 32/3, 35, 37/2, 40.1/4).

3.3.4 Die nach der Aktenbeurteilung von Dr. med. J. _____ (AB 38) bis zum massgebenden gerichtlichen Überprüfungszeitpunkt vom 16. August 2016 (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140 i.V.m. AB 57) eingetretene Sachverhaltsentwicklung ist nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an deren überzeugenden Einschätzung zu begründen bzw. sich im Ergebnis auszuwirken. Zwar begab sich der Beschwerdeführer ab 17. März 2016 erneut in psychiatrische Behandlung. Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Kurzbericht vom 29. Juni 2016 (BB 3) jedoch keine PTBS mehr, sondern ging bloss noch von einer reaktiven Depression bei psychosozialer Belastungssituation aus. Dieses reaktive Geschehen, welches durch den Verlust der Arbeitsstelle und andere psychosoziale Faktoren (vgl. dazu: BGE 139 V

547 E. 3.2.2 S. 552, 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2, 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2) ausgelöst wurde (BB 3/2), stellt keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C_668/2015, E.3). Hinzu kommt, dass Dr. med. M._____ den Schweregrad der reaktiven Depression nicht quantifizierte, er in Anbetracht des wiedergegebenen Psychostatus (BB 3/22) jedenfalls aber nicht von einer schweren Depression ausging. Demnach lag höchstens eine leichte bis mittelschwere Störung aus dem depressiven Formenkreis vor, woraus – mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden seltenen Konstellationen – rechtsprechungsgemäss von vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung resultiert (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3).

Der Bericht des Spitals N._____ vom 1. März 2017 (BB 4) betrifft eine ausserhalb des Überprüfungshorizonts liegende ambulante Schmerzsprechstunde vom 6. Februar 2017, benennt keine wesentlichen neuen Aspekte und erlaubt auch keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

3.4 Gemäss dem vorstehend Dargelegten ist aufgrund der insgesamt kohärenten und widerspruchsfreien medizinischen Aktenlage nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) in medizinischer Hinsicht erstellt, dass im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per 1. Juli 2015 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. AB 13/27-37, 26/4 [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG i.V.m. AB 3 [Karenzfrist]) und Aufnahme einer vollschichtigen Tätigkeit im Juni 2015 höchstens noch eine (teilremittierte) PTBS ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlag. Im hier betroffenen Zweig der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178) ist dabei unerheblich, ob zwischen dieser psychosomatischen Situation und dem Unfall eine «adäquate Kausalität» vorlag (Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 1). Kein anderes Ergebnis resultiert, wenn die zuvor noch attestierte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit anhand der Schmerzrechtsprechung von BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.3 hiervor) geprüft würde, welche auf die PTBS analog Anwendung findet (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.3 S. 3.4.7).

4.

4.1 Ob die diagnostizierte (teilremittierte) PTBS unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (vgl. E. 2.3.1 hiavor; Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 1) ist fraglich. Immerhin stellten die behandelnden Ärzte teilweise ein Vermeidungsverhalten fest (AB 9.4/52, 23/19) und äusserten den Verdacht auf eine Selbstlimitierung (BB 3/2), was aber für dieses Krankheitsbildes gerade charakteristisch ist (vgl. DILLING et. al., a.a.O.; BGE 142 V 342 S. 348 E. 5.2.3). Des Weiteren wirkte der Beschwerdeführer teilweise «demonstrativ theatral» (AB 26/3 Ziff. 3) wobei unklar ist, ob dies lediglich als Verdeutlichungstendenz zu werten ist oder eine eigentliche Aggravation bzw. Simulation vorlag. Wie es sich damit verhält, kann mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen aber letztlich offen bleiben.

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.), wiesen die involvierten Ärzte auf mitwirkende psychosoziale Belastungsfaktoren hin (Erkrankung der Tochter und der Ehefrau, Enttäuschung des Glaubens an die Ordnung und Gerechtigkeit durch die Behörden, Arbeitslosigkeit, finanzielle Engpässe, Zukunftsängste [AB 9.1/186, 23/12 f.; BB 3/2]). Zudem erklärte Dr. med. H. _____ bereits im August 2014, die Nachhallerinnerungen an den Verkehrsunfall hätten zurückgedrängt werden können und der Beschwerdeführer habe das Vermeidungsverhalten bezüglich des Autofahrens aufgegeben (AB 9.4/52). Anlässlich der Exploration durch Dr. med. F. _____ im Februar 2015 zeigte sich der Beschwerdeführer nur in leichtem Grad leidend und klagend, der Antrieb war normal und die Stimmung nur leicht gesenkt. Zwar berichtete er von gelegentlichen Albträumen über den Autounfall mit schreckhaftem Aufwachen und nachträglicher ängstlicher Erregung (AB 23/17). Dr. med. H. _____ bestätigte im April 2015 jedoch, dass die Flashbacks am verblassen seien (AB 26/3 Ziff. 1.4).

Ein schweres psychiatrisches Krankheitsgeschehen bestand somit nicht und die diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. DILLING et. al., a.a.O.) waren jedenfalls nicht erheblich ausgeprägt.

4.2.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer zwischen 9. Mai 2014 (AB 9.4/31) und 12. Juni 2015 (AB 40.2/1) durch die Spital C._____ AG ambulant behandelt wurde, wobei zirka zwei Sitzungen pro Monat stattfanden (AB 23/15). Das Therapiesetting sowie die Medikation waren aber offenbar nicht ideal, so erachtete Dr. med. F._____ im Februar 2015 die konsequente therapeutische Neuausrichtung für notwendig (AB 23/20) und seitens der Spital C._____ AG wurde nach dem Behandlungsabschluss eingeräumt, dass der Beschwerdeführer nur körperliche Interventionen (Schmerzbehandlung) zugelassen habe (AB 33/2 Ziff. 6) und wegen seines kulturellen Hintergrundes sowie seinem hohen Bedürfnis an Kontrolle eine traumatherapeutische Behandlung gar nicht möglich gewesen sei (AB 40.2/1). Bis zur Konsultation von Dr. med. M._____ am 17. März 2016 (BB 3) nahm er schliesslich gar keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung mehr in Anspruch. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Mit anderen Worten verbietet sich die Annahme einer Behandlungsresistenz. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

4.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Der Beschwerdeführer leidet nicht an einer relevanten somatischen Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. E. 3.3.2 hiavor) und aus der von Dr. med. M._____ in Betracht gezogenen reaktiven Depression (BB 3) resultiert keine invalidenversicherungsrechtlich relevan-

te Einschränkung (vgl. E. 3.3.4 hiervor), womit es auch an einer relevanten psychischen Komorbidität fehlt (vgl. Entscheid des BGer vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 4.2).

4.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Insbesondere bestanden weder Störungen der Ich-Funktionen noch ein Wahn und es zeigten sich auch keine psychotischen Symptome (AB 23/17, 26/3 Ziff. 1.4).

4.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. Der Beschwerdeführer geht etwa einmal pro Monat mit Kollegen etwas trinken, begleitet alle Kinder (zu Fuss oder mit dem Auto) zur Schule, verbringt mit ihnen die freien Nachmittage, besucht manchmal seinen Vater, unternimmt gerne Spaziergänge und ist im Stande, per Flugzeug in sein Heimatland zu reisen um mit der Familie die Ferien zu verbringen (AB 23/16, 40.1/6).

4.3 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der PTBS. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex Gesundheitsschaden (psychische/somatische Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) noch im Komplex Persönlichkeit (persönliche Ressourcen; sozialer Kontext) eine negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4). Demnach besteht auch vor diesem Hintergrund kein invalidisierender Gesundheitsschaden, womit die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen – und damit insbesondere auch die hier beantragte Invalidenrente – mit Verfügung vom 16. August 2016 (AB 57) zu Recht verneinte; die dagegen erhobene 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen. Die restanzlichen Fr. 200.-- des Kostenvorschusses sind dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

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 von Fr. 1'000.-- entnommen. Der restliche Kostenvorschuss von Fr. 200.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.