

200 16 831 IV
KNB/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Mai 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 24. Februar 2015 unter Hinweis auf eine Multiple Sklerose (MS) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 7). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei fand vom 8. Juni 2015 bis am 29. Januar 2016 eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle D._____ statt (act. II 25, 48, 51, 59, 61, 69). Ferner liess sie den Versicherten durch Dr. phil. E._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersuchen (Bericht vom 19. November 2015; act. II 55). Gestützt auf diese Erhebungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 6. Januar 2016 (act. II 62) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 67). Im weiteren Verlauf reichte er ein neurologisches Gutachten von PD Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. G._____ vom 14. Juni 2016 ein (act. II 83).

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (act. II 85) verfügte die IVB am 8. Juli 2016 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (act. II 86).

B.

Hiergegen liess der Versicherte am 12. September 2016 Beschwerde erheben und die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente beantragen. Ferner reichte er am 10. Oktober 2016 weitere Unterlagen ein.

In der Beschwerdeantwort schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 21. Oktober 2016, am 11. Januar 2017 und am 4. Dezember 2017 gingen weitere Stellungnahmen des Beschwerdeführers und am 11. Oktober 2017 eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin beim Gericht ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. Juli 2016 (act. II 86). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

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

2.2 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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand resp. zur Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 9. März 2015 (act. II 9) eine schubförmig remittierende MS. Seit Frühjahr 2012 bestehe eine zunehmende Steifigkeit und Schwäche des linken Beines und weniger ausgeprägt des linken Armes (S. 2). Ob und welche Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit bestünden, sei aus neurologischer Sicht schwer zu beurteilen. Diesbezüglich sei das Resultat einer neuropsychologischen Testung abzuwarten. Auffallend sei die verminderte Belastbarkeit mit der vermehrten Fatigue-Symptomatik. Diese sei teilweise limitierend (S. 3).

3.1.2 Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 30. März 2015 (act. II 19 S. 3 ff.) aus, die aktuelle verhaltensneurologischen-neuropsychologischen Untersuchung zeige bei dem allseits orientierten, etwas indifferenten und zur Dissimulation neigenden Rechtshänder eine markante Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Konzentration, eine verminderte Fehlerkontrolle, deutliche Planungs- und Strukturierungsschwierigkeiten, eine sprachlich betonte Lern- und Gedächtnisschwäche sowie eine eingeschränkte kognitive Flexibilität. Diese Befunde entsprächen einer Funktionsstörung bifronto-temporo-limbisch, welche gut mit den Auswirkungen einer MS vereinbar sei. Die Befunde schränkten die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ein. Er habe insbesondere Schwierigkeiten beim Planen und Strukturieren sowie Mühe, sich auf neue Aufgaben kognitiv einzustellen. Für Aufgaben mit Leitungsfunktion bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4). Für Arbeiten ohne Leistungsdruck und ohne Mehrfachanforderungen bestehe eine ca. 50%-ige Leistungsfähigkeit (S. 5).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, diagnostizierte im Aktenbericht vom 9. Juli 2015 (act. II 36) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine MS, schubförmig-remittierender Verlauf. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine leichtgradige ängstlich-depressive Symptomatik auf. Der Beurteilung von Dr. med. I. _____, dass beim Beschwerdeführer deutliche kognitive Leistungseinschränkungen bestünden, könne nicht gefolgt werden. Während die Ideenproduktion als flüssig, die Abstraktionsfähigkeit als gut und die Ablenkbarkeit als gering beschrieben worden sei, was gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörung spreche, sei wegen Abbruchs der Aufmerksamkeits-testung eine „markante Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration“ bescheinigt worden. Ausschliesslich aufgrund von Schwierigkeiten beim Kopieren einer komplexen Figur sei von deutlichen Planungs- und Strukturierungsschwierigkeiten gesprochen worden, obwohl höhere kortikale Leistungen wie Ideenproduktion und Abstraktionsfähigkeit als gut und das Lernen als fehlerfrei beschrieben worden sei. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die funktionelle Einschränkungen begründen könnten. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, eine seinen Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit im Rahmen eines 100%-igen Pensums auszuüben (S. 7).

3.1.4 Der RAD-Neuropsychologe Dr. phil. E. _____ führte im Bericht vom 19. November 2015 (act. II 55) aus, die Testergebnisse des Beschwerdeführers seien aufgrund ihrer Widersprüchlichkeit und Inkonsistenzen nicht verwertbar. Die Beschwerdevalidierung zeige zweifelsfrei, dass die produzierten Leistungsdefizite nicht als authentische neuropsychologische bzw. kognitive Dysfunktionen interpretiert werden könnten. Die Testresultate belegten, dass der Beschwerdeführer die Tests nicht seinen wahren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend ausgeführt habe. Eine mögliche Fatigue-Symptomatik im Rahmen einer MS wäre zwar durchaus plausibel und werde auch nicht in Abrede gestellt. Doch sei eine Einschätzung derselben aufgrund der nachweisbaren Selbstlimitierung und dem daraus abzuleitenden Glaubwürdigkeitsproblem der anamnestischen Angaben nicht möglich (S. 7). Rein theoretisch werde nicht ausgeschlossen, dass sich bei authentischer Anstrengungsbereitschaft Minderfunktionen hätten finden lassen. Diese seien jedoch – falls vorhanden – aufgrund der

negativen Leistungsverzerrung nicht identifizierbar. Eine organische Ätiologie der hier gezeigten Leistungsdefizite könne aber mangels Konsistenz und Plausibilität mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (S. 8).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ bestätigte im Bericht vom 26. November 2015 (act. II 57) die im Bericht vom 9. Juli 2015 erstellte Leistungsbeurteilung. Beim Beschwerdeführer bestünden weder Antriebs-, Affekt- noch Denkstörungen oder Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Kommunikation, der Anpassungsfähigkeit, der Intentionsbildung oder des zielgerichteten Planens und Handelns. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die das Vorliegen einer kognitiven Störung, insbesondere einer Frontalhirnfunktionsstörung, plausibel begründen könnten (S. 1).

3.1.6 Auf Veranlassung des Beschwerdeführers fand am 15. März 2016 im Spital K. _____ eine neurologische und am 9. Mai 2016 eine neuropsychologische Begutachtung statt.

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 31. Mai 2016 (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 2) – welches erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht worden ist – führten Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, und der Neuropsychologe Prof. Dr. phil. M. _____ aus, in guter Übereinstimmung mit der Diagnose einer MS sowie der bei Dr. med. I. _____ durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung liessen sich leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörungen im Bereich des Gedächtnisses, von Teilaspekten exekutiver Funktionen (Antrieb bzw. Ideenproduktion, Inhibition, Umstellungsfähigkeit und Handlungsplanung) sowie in Teilaspekten der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsaktivierung, selektive Aufmerksamkeit) bei ansonsten unauffälligem neurokognitivem Leistungsprofil objektivieren. Im Unterschied zur neuropsychologischen Untersuchung bei Dr. phil. E. _____ ergäben sich keine Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft, Aggravation oder Simulation, so dass von einer hohen Validität der Testbefunde auszugehen sei (S. 5). Aufgrund der Schwere und der Art der kognitiven Einschränkungen bestehe in einer Leitungsfunktion eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Für Arbeiten ohne Leitungsfunktion und ohne mehrfache Anfor-

derungen, d.h. einfache Routinetätigkeiten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75% (S. 6).

Im neurologischen Gutachten vom 14. Juni 2016 (act. II 83) bestätigten PD Dr. med. F._____ und Dr. med. G._____ die Diagnose einer schubförmig remittierenden MS (S. 7). Aufgrund der Ataxie, des spastischen Gangbildes, der ausgeprägten Fatigue-Symptomatik und der leichten bis mittelschweren Hirnfunktionsstörungen bestehe eine deutlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sowohl für kognitive als auch körperlich anstrengende und fordernde Berufe. Wegen der kognitiven Defizite bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in einer Leitungsfunktion. In einer Tätigkeit ohne Leitungsfunktion und ohne mehrfache Anforderungen bestehe aufgrund der neuropsychologischen Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von 75%. Aufgrund des spastisch-ataktischen Gangbildes, der Feinmotorikstörung, der Schwindelsymptomatik und der insgesamt durch die Fatigue verminderten Belastbarkeit bestehe des Weiteren eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich anstrengende respektive körperlich fordernde Arbeiten (S. 8).

3.1.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ nahm am 1. Juli 2016 insbesondere zum Gutachten von PD Dr. med. N._____ und Dr. med. G._____ vom 14. Juni 2016 Stellung (act. II 85). Die darin abgegebene Leistungsbeurteilung und deren Begründung stimmten nicht mit den dargestellten objektiven Befunden (ausreichendes Sehvermögen, ausreichendes Hörvermögen, unbeeinträchtigte Auge-Hand- und Auge-Beinkoordination, keine Lähmungen, keine Sprechstörungen, im Gespräch keine psychischen Auffälligkeiten) überein. Damit könne dieser Leistungsbeurteilung nicht gefolgt werden. Auch in dieser Untersuchung hätten keine leistungsrelevanten neurologischen und keine leistungsrelevanten neuropsychologischen Defizite objektiviert werden können. Der Beschwerdeführer zeige ein situativ wechselndes Anstrengungsverhalten bei erhaltender intrinsischer Motivation (Ehrgeiz) und extrinsischer Motivierbarkeit (Leistungsanreiz). Sein situativ wechselndes und zweckgerichtetes Verhalten spreche für eine gute Übersichtsfähigkeit, für eine erhaltene Anpassungsfähigkeit, für eine unbeeinträchtigte Intentionsbildung und für eine unbeeinträchtigte Handlungsplanung und -umsetzung und somit gegen krankheitsbedingte kognitive

Leistungseinschränkungen als auch gegen eine krankheitswertige Müdigkeit (S. 4). Die Beurteilung im RAD-Bericht vom 9. Juli 2015 (act. II 36) habe weiterhin uneingeschränkte Gültigkeit (S. 5).

3.1.8 Auf Ersuchen des Beschwerdeführers nahm PD Dr. med. F._____ am 12. Oktober 2016 nochmals Stellung (act. IA 1). Bei der Untersuchung hätten sich eindeutig objektivierbare, durch die MS verursachte neurologische Defizite im Sinne einer objektivierbaren alltagsrelevanten Behinderung gezeigt. Im Vordergrund sei eine Gangunsicherheit gestanden (S. 1). Die Arbeitsfähigkeit für körperlich anstrengende und anspruchsvolle Berufe und insbesondere Berufe, die eine Gang- und Standsicherheit erforderten, sei deutlich eingeschränkt. Des Weiteren bestehe eine Fatigue-Symptomatik. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer an einer solchen Müdigkeit im entsprechenden Ausmass nach 18-jähriger Erkrankung mit in der Magnetresonanztomographie des Gehirnes zu sehenden ausgeprägten Schädigungen leide, sei extrem hoch respektive als sicher anzunehmen. Alleine die Müdigkeit könne ohne anderweitige körperliche oder kognitive Einschränkung zu einer ausgeprägten Arbeitsunfähigkeit für körperliche und geistige Arbeiten führen. Zudem bestehe aus kognitiver Sicht eine deutlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 2). Aufgrund der Schwere und Art der kognitiven Einschränkungen bestehe in einer Leitungsfunktion eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Für Arbeiten ohne Leitungsfunktion und ohne mehrfache Anforderung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75% (S. 3).

3.1.9 Anlässlich des Beschwerdeverfahrens nahm die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ am 9. Oktober 2017 nochmals Stellung (in den Gerichtsakten). Dabei bestätigte sie ihre zuvor abgegebenen Beurteilungen. Vor allem sprächen gegen die Hypothese einer invalidisierenden Fatigue die fehlenden klinischen Symptome einer krankheitsbedingten Selbstlimitierung und der seit 2013 dokumentierte stabile Neurostatus, der gute Allgemeinzustand, der seit 1998 gutartige Krankheitsverlauf und das positive Ansprechen auf die immunmodulatorische Behandlung. Der diagnostischen Einschätzung von Prof. Dr. phil. M._____ könne weder zum Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen Hirnfunktionsstörung noch seiner Leistungsbeurteilung gefolgt werden. Weder von ihm noch von PD Dr. med.

F._____ seien die positiven Prognosefaktoren des MS-Verlaufs oder die individuellen Ressourcen des Beschwerdeführers berücksichtigt noch die Inkonsistenzen zwischen Klinik und Testpsychometrie noch die Inkonsistenzen innerhalb der Testpsychometrie gewürdigt worden (S. 8).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 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 nachvollzieh-

baren 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 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3

3.3.1 Die angefochtene Verfügung wie auch die während des Gerichtsverfahrens eingereichten Eingaben der Beschwerdegegnerin ergingen im Wesentlichen gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 9. Juli 2015, 26. November 2015, 1. Juli 2016 und 9. Oktober 2017 (act. II 36, 57, 85; in den Gerichtsakten).

Diese Berichte genügen für eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – jedoch nicht. Die RAD-Ärztin hat zwar schlüssig dargelegt, dass der Beschwerdeführer an einer MS leidet, was auch im Einklang mit den vorliegenden Akten steht. Soweit sie jedoch insbesondere unter Berücksichtigung der Einschätzung des RAD-Neuropsychologen Dr. phil. E. _____ (act. II 55) zum Schluss gekommen ist, dass der Beschwerdeführer in einer seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (act. II 36 S. 7, 57 S. 1, 85 S. 5), setzt sie sich in Widerspruch zu den Einschätzungen in den weiteren medizinischen Akten und dabei insbesondere zu derjenigen im neurologischen Gutachten vom 14. Juni 2016, in welchem die Fachärzte eine Tätigkeit mit Leitungsfunktion nicht mehr für zumutbar erachtet und in einer angepassten Tätigkeit eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit attestierten haben (act. II 83 S. 8). Aufgrund dieser erheblichen Divergenzen wird die Einschätzung der RAD-Ärztin in Zweifel gezogen, weshalb bereits deshalb nicht darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 3.2.2 hiervor); diese überzeugt im Übrigen auch sonst nicht. Dies umso weniger, als dass sie den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, obwohl die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung mit den doch erheblichen Abweichungen klarerweise nicht gegeben waren (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.2 Vorliegend erfüllt das neurologische Gutachten vom 14. Juni 2016 (act. II 83) die von der der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.1 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in ihrer ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigene Untersuchung und die neuropsychologische Einschätzung von Prof. Dr. med. L._____ und Prof. Dr. phil. M._____ im Gutachten vom 31. Mai 2016 (act. IA 2) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. PD Dr. med. F._____ und Dr. med. G._____ haben nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführer aufgrund der im Zusammenhang mit der MS bestehenden Ataxie, des spastischen Gangbildes, der ausgeprägten Fatigue-Symptomatik sowie der leichten bis mittelschweren Hirnfunktionsstörungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Weiter haben sie dargelegt, dass in einer Tätigkeit mit Leitungsfunktion eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit (ohne Leitungsfunktion, ohne mehrfache Anforderungen, ohne körperlich anstrengende resp. körperlich fordernde Arbeiten) eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 83 S. 8). Darauf ist – wie nachfolgend dargelegt wird – abzustellen.

Die medizinische Einschätzung im neurologischen Gutachten vom 14. Juni 2016 (act. II 83) steht bezüglich der festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen und des ermittelten Zumutbarkeitsprofils grundsätzlich im Einklang mit derjenigen von Dr. med. I._____ im Bericht vom 30. März 2015 (act. II 19 S. 3 ff.). Soweit die Neurologin jedoch in einer angepassten Tätigkeit (ohne Leistungsdruck, ohne Mehrfachanforderung) eine ca. 50%-ige Leistungsfähigkeit attestiert hat (S. 4 f.), vermag dies die Beurteilung der neurologischen Gutachter, dass in einer in einer angepassten Tätigkeit eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 83 S. 8), nicht in Zweifel zu ziehen. Denn die Neurologin hat den Beschwerdeführer in einer Zeit untersucht, in welcher er mit arbeitsplatzbezogenen Problemen konfrontiert (act. II 19 S. 3) und die Immunmodulation mit Gilenya noch nicht eingestellt

bzw. etabliert war (act. II 39 S. 1). Insoweit kann auf die medizinische Einschätzung von Dr. med. I. _____ nicht abgestellt werden.

An der schlüssigen Beurteilung von PD Dr. med. F. _____ und Dr. med. G. _____ ändert ebenfalls nichts, dass die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ in ihren Berichten in einer den Fähigkeiten des Beschwerdeführers entsprechenden Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hat und dabei namentlich das Bestehen von objektivierbaren (neurologischen) Defiziten resp. Befunden verneint hat (act. II 36 S. 7, 57 S. 1, 85 S. 4 f.). Zum einen wurde bereits dargelegt, weshalb auf die Beurteilung der RAD-Ärztin vorliegend nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 3.3.1 hier-vor). Zum anderen hat PD Dr. med. F. _____ in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2016 (act. IA 1) nochmals einlässlich und nachvollziehbar dargelegt, dass beim Beschwerdeführer objektivierbare, durch die MS verursachte neurologische Defizite vorliegen (S. 2). Soweit die RAD-Ärztin ferner das Bestehen von kognitiven Störungen verneint hat (act. II 57 S. 1), widerspricht dies dem Ergebnis der neuropsychologischen Untersuchung vom 9. Mai 2016, anlässlich welcher Prof. Dr. med. L. _____ und Prof. Dr. phil. M. _____ leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörungen und damit kognitive Einschränkungen festgestellt haben (act. IA 2 S. 5 f.).

Auch die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte ändern vorliegend nichts, da sie sich nicht zum Gesundheitszustand bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen äussern. Dass bis zum Verfügungszeitpunkt im Juli 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor (vgl. aber E. 4.4 hiernach).

3.4 Nach dem Dargelegten ist bis zum Verfügungszeitpunkt eine 75%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erstellt.

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu ermitteln.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der IV-Anmeldung im Februar 2015 (act. II 7) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf das Jahr 2015 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2.1 Es ist unbestritten und aufgrund der Akten überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... in der ... der Abklärungsstelle P._____ tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen per 2015 aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes auf Fr. 85'982.-- (act. II 23 S. 3 Ziff. 2.10) festzusetzen ist.

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2014) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiavor).

Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der kognitiven Defizite (ohne Leitungsfunktion, ohne mehrfache Anforderungen, ohne körperlich anstrengende resp. körperlich fordernde Arbeiten) zu 75% arbeits- und leistungsfähig (vgl. E. 3.3.2 hiavor). Dieses medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil ist in seiner angestammten Tätigkeit als gelernter ... (Möbel und Innenausbau; act. II 6 S. 2) verwertbar. Damit rechtfertigt es sich vorliegend das Invalideneinkommen gestützt auf die Ziffer 31-33 (Herstellen von Möbeln und von sonstigen Waren; Reparatur und Installation Maschinen) des Kompetenzniveaus 2 (praktische Tätigkeiten wie ... und ... von ... und ...) festzulegen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'863.--. Auf das Jahr 2015 und die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden aufgerechnet (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 31-33 [sonstige Herstellung von Waren, Reparatur und Installation]) und unter Berücksichtigung der 75%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergibt dies ein Einkommen von Fr. 55'116.75

(Fr. 5'863.-- : 40 x 41.5 : 103.3 x 104 [BFS, Nominallöhne Männer 2010 – 2016, Tabelle T1.1.10, lit. C] x 12 x 0.75) im Jahr.

Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 25% berücksichtigt wurden und keine anderweitigen Faktoren ersichtlich sind, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten (vgl. E. 4.1.2 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn.

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 85'982.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'116.75 resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 36% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3). Somit besteht im massgebenden Verfügungszeitpunkt kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.4 Soweit der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 4. Dezember 2017 (in den Gerichtsakten) insbesondere unter Hinweis auf einen Bericht seiner behandelnden Psychiaterin Dr. med. O._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Oktober 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 8) eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands geltend macht, ist diese insoweit auch als Neuanschuldung zu betrachten und an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Prüfung des Rentenanspruchs weiterzuleiten.

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 grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

5.3 Die Kosten privat eingeholter Gutachten sind gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG dann zu vergüten, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Da vorliegend das vom Beschwerdeführer eingeholte neurologische Gutachten vom 14. Juni 2016 (act. II 83) inkl. neuropsychologisches Teilgutachten vom 31. Mai 2016 (act. IA 2) und die Stellungnahme von PD Dr. med. F. _____ vom 12. Oktober 2016 (act. IA 1) notwendig und entscheidungswesentlich waren (vgl. E. 3.3 hiervor), rechtfertigt es sich, die dem Beschwerdeführer daraus entstandenen Kosten von Amtes wegen zu ersetzen resp. der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Diese werden ermessensweise und pauschal festgesetzt auf Fr. 1'000.-- (vgl. zum Ganzen: Entscheid des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2010, 8C_388/2010, E. 10.2).

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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Kosten für das Gutachten vom 14. Juni 2016 inkl. Teilgutachten vom 31. Mai 2016

und den Bericht vom 12. Oktober 2016 von total Fr. 1'000.-- zu ersetzen.

5. Die Akten gehen an die Beschwerdegegnerin zum weiteren Vorgehen im Sinne von E. 4.4.
6. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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