

200 17 104 IV
GRD/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. November 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Im Januar 2015 meldete sich der 1958 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor.

Mit Mitteilung vom 14. Juli 2015 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Coachings für die Zeit vom 10. August bis 9. November 2015 zum Erhalt seines angestammten Arbeitsplatzes (AB 27). Mit Mitteilung vom 21. Oktober 2015 erteilte sie ihm sodann Kostengutsprache für einen Arbeitsversuch mit Coaching für die Zeit vom 15. Oktober 2015 bis 14. Januar 2016 (AB 60) sowie mit Mitteilung vom 30. Dezember 2015 Kostengutsprache für eine Verlängerung dieser Massnahme bis am 14. März 2016 (AB 74). Am 7. März 2016 gewährte sie ihm Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 15. März bis 14. Juni 2016 (AB 83) und am 29. März 2016 zudem Kostengutsprache für ein das Arbeitstraining begleitendes Coaching (AB 90).

Im April 2016 erteilte die IV-Stelle über die Plattform SuisseMED@P den Auftrag für eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Medizinische Onkologie; zugewiesen wurde die C._____ (nachfolgend MEDAS; AB 97 f.).

Mit Mitteilung vom 2. Juni 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten erneut Kostengutsprache für ein Arbeitstraining, diesmal für die Zeit vom 15. Juni bis 16. September 2016 (AB 110).

Am 27. Juli 2016 ging der IV-Stelle das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Juli 2016 samt den einzelnen Teilgutachten zu (AB 117.1 – 117.5).

Mit Vorbescheid vom 17. August 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bestehe kein Anspruch (AB 122).

Am 26. August 2016 erfolgte sodann der Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (AB 126).

Mit Schreiben vom 21. September 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, gegen die in Aussicht gestellte Abweisung Einwand. Es sei ihm zumindest eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei eine Neubegutachtung vorzunehmen und anschliessend über den Rentenanspruch neu zu entscheiden (AB 129).

Nach Rücksprache mit dem RAD und Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. AB 133 f, 136) ersuchte die IV-Stelle die MEDAS-Gutachter um eine Stellungnahme zu den erhobenen Einwänden sowie um Präzisierungen hinsichtlich des funktionalen Zusammenwirkens der festgestellten Erkrankungen – auch hinsichtlich der subjektiven Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung – im Sinne der Indikatoren der neueren Rechtsprechung (AB 138).

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2016 kamen die MEDAS-Gutachter dem Ersuchen nach (AB 142).

Am 20. Dezember 2016 verfügte die IV-Stelle ihrem Vorbescheid vom 17. August 2016 entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 143).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 1. Februar 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab dem 1. Juli 2015 die gesetzliche Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid betreffend Invalidenrente an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

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 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Dezember 2016 (AB 143). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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). 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).

2.2 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 (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. 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 An-

spruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

2.4 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstren-

gung 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). Dabei ist es aus Gründen der Rechtssicherheit geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozia-
lversicherungrechtlichen 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). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf ein Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom), eine Neurasthenie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282) oder auch eine nichtorganische Hypersomnie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.3 S. 69). 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).

2.5 Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde

zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

2.6 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).

2.7 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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörte-

rung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

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).

2.8 Im Rahmen der freien Beweismwürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f.; 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.). Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer renten-

begründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; 127 V 294 E. 5a S. 299 f.).

3.

3.1 Den Berichten der behandelnden Ärzte ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer 2003 ein Morbus Waldenström mit monoklonalem Immunglobulin vom Typ IgM diagnostiziert worden ist, der nach einem langen Intervall ohne Therapiebedarf wegen einer leichten Anämie und Anzeichen eines Hyperviskositätssyndroms (siehe AB 33 S. 1) ab Juli 2013 behandelt werden musste. Vom 24. Juli bis 20. November 2013 fand gemäss den Berichten des behandelnden Onkologen Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Medizinische Onkologie, eine Therapie mit Fludarabin und MabThera statt sowie ab dem 18. Dezember 2013 bis 10. Dezember 2014 eine Erhaltungstherapie mit MabThera. In sämtlichen Berichten des behandelnden Onkologen wird der Morbus Waldenström als nach der Chemotherapie objektiv gut unter Kontrolle bzw. als in Remission befindlich beschrieben (AB 7 S. 8 ff., AB 29 S. 3, AB 33, AB 76 S. 6 f.). Eine Anämie oder Anzeichen einer Hyperviskosität konnten nicht mehr festgestellt werden (AB 7 S. 8, AB 29 S. 3, AB 76 S. 6). Ein aktueller Therapiebedarf der onkologischen Erkrankung wird von Prof. Dr. med. D. _____ seit Abschluss der Erhaltungstherapie im Dezember 2014 verneint (AB 29 S. 3, AB 33 S. 2, AB 76 S. 7). Gesundheitliche Gründe, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkten, seien durch die onkologische Situation nicht gegeben. Er denke, dass der Beschwerdeführer in erster Linie ein psychiatrisches Problem habe mit Neigung zu einer Depression (AB 7 S. 8). Die Akzeptanz der Idee, dass eine psychiatrische Erkrankung (und nicht der Morbus Waldenström) der Grund für die Adynamie und Schwächezustände sein könnte, müsse beim Beschwerdeführer wohl noch etwas reifen (AB 7 S. 10). Seines Erachtens sei die Problematik eine psychiatrische (AB 33 S. 2). Daran hielt Prof. Dr. med. D. _____ auch in seinem neusten Bericht in den Akten explizit fest. Seines Erachtens seien die erheblichen Beschwerden des Beschwerdeführers nicht auf den Morbus Waldenström oder auf die durchgeführte Therapie

zurückzuführen. Es scheine ihm vielmehr, dass eine ausgeprägte psychiatrische Problematik, wohl im Sinne einer chronischen Erschöpfungsdepression oder eines ähnlichen Syndroms vorliege (AB 76 S. 7). Eine von Prof. Dr. med. D. _____ veranlasste pneumologische Abklärung ergab – bei an sich vollständig normaler Lungenfunktion mit normaler Diffusionskapazität (AB 70 S. 8) – aufgrund eines positiven Bronchoprovokationstests mit Metacholin die Diagnose eines Asthma bronchiale, wobei der Pneumologe Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, festhielt, dass beim Beschwerdeführer nicht von eigentlichen Hyperventilationsattacken auszugehen sei. Die im Zusammenhang mit emotionalem Stress geschilderten pulmonalen Symptome hätten im Rahmen des Bronchoprovokationstests nicht vollständig provoziert werden können, so dass anzunehmen sei, dass neben dem Asthma bronchiale eine psychische Komponente eine wesentliche Rolle spiele. Eine psychologische Weiterabklärung scheine ihm angezeigt. Er habe dem Beschwerdeführer eine kombinierte anti-asthmatische Inhalationstherapie empfohlen, insbesondere auch während der Pollensaison (AB 70 S. 2). Eine Abklärung in der Interdisziplinären Schwindelsprechstunde der Universitätsklinik für Neurologie des Spitals H. _____ vom 1. Dezember 2015 ergab normale peripher vestibuläre Funktionen beidseits. Die Anamnese mit Hyperventilation, Schwitzen, Verkrampfen der oberen Extremitäten und sekundär auftretendem Schwankschwindel lege Panikattacken als Ursache für den Schwindel nahe. In der körperlichen sowie der neurootologischen Untersuchung hätten sich unauffällige Befunde gezeigt ohne Hinweise auf peripher vestibuläre Pathologien. Es empfehle sich, eine verhaltenstherapeutische Expositionstherapie durchzuführen. Der Beschwerdeführer sei bereits bei Dr. med. F. _____ in psychiatrischer Behandlung. Auf Wunsch könne eine Vorstellung in der Angst- und Zwangssprechstunde der Klinik G. _____ erfolgen. Alternativ sei auch eine Vorstellung und gegebenenfalls tagesklinische Behandlung in der Psychosomatik möglich (AB 81 S. 2 ff.).

Gemäss dem behandelnden Psychiater Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, liegt beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig bis stark (ICD-10: F33.1 und 33.2), symptomatisch bei Morbus Waldenström,

chronifiziert und verselbständigt, mit vorwiegend vegetativer, somatisch funktioneller Symptomatik bei gewissenhafter, norm- und leistungsorientierter Persönlichkeit mit stark reduzierter emotionaler Belastbarkeit vor. Den Hauptauslöser für das psychiatrisch auffällige Beschwerdebild könne er nicht sicher bezeichnen. Aufgrund seiner bisherigen Erkenntnisse habe ab 2003 die Diagnose Waldenström den Beschwerdeführer sensibilisierend und traumatisierend beeinträchtigt, nicht zuletzt auch, weil diese seltene Krebserkrankung informativ verängstigen könne. Die erlebten körperlichen Beschwerden rund um diese Krankheit, vermischt mit emotionalen und vegetativen Begleitsymptomen hätten ihn den Waldenström auf seine persönliche Art erleben lassen. Es sei zu einem inneren induktiven Prozess zwischen körperlich echt erlebten, von der Krebserkrankung verursachten Sensationen und solchen, die durch negativ-ängstliche Vorstellungen (nocebisch) entstanden seien, gekommen. Diese inneren Vorgänge hätten in ihrer gesamten Wirkung zunehmend Einfluss auf sein emotionales und kognitives Leistungsvermögen gehabt und hätten ihn zunehmend zu verunsichern vermocht. Psychopathologisch gesehen lägen klar auch Somatisierungsstörungen vor. Diese seien jedoch kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern Bestandteil einer beim Beschwerdeführer entstandenen symptomatischen Depression, welche vor allem im negativen Denken, in typischen Stimmungseinbrüchen und in teilweise sehr tief sitzenden Ängsten von teilweise panischer Ausprägung zum Ausdruck komme. Hierbei liessen sich auch endogene (ontogenetische) Faktoren erkennen. Laut seinem Arbeitgeber habe der Beschwerdeführer ab Sommer 2014 gegenüber vor 2013 gerade noch einen Viertel seiner Leistung gezeigt bei allgemein unberechenbar gewordener Leistungskonstanz, was laut Arbeitgeber mit seiner Anstellung nicht kompatibel sei. Es habe sich unter anderem damit für den Beschwerdeführer eine gewichtige soziale Belastungssituation entwickelt, welche zusätzlich einen Teil der Beschwerden mitverursacht habe. Weil induktive vegetativ-somatische Prozesse relativ schnell zu chronifizieren drohten, erlebe der Beschwerdeführer Beschwerden auch heute noch in Form von für ihn echten funktionellen Einbrüchen, auch ausserhalb der für ihn sonst gewohnt als stressig erlebten Lebenssituationen, beispielsweise in seiner Freizeit oder in den Ferien. Die bisherigen zusätzlichen Abklärungen am Spital H. _____ (inklusive einer umfassenden Diagnos-

tik im Neurozentrum) hätten, ausser im Magen-Darm-Bereich, keine organischen Beeinträchtigungen ergeben und die Laborwerte seien derzeit im Normbereich. Es sei damit zur Kenntnis zu nehmen, dass die beeinträchtigenden funktionellen Störungen, welche in unterschiedlichsten Lebenssituationen auftreten würden, keinem organischen Korrelat entsprächen, sondern Ausdruck seiner starken depressiven Störung mit ihren teils heftigen angstbetonten emotionalen Spannungen seien. Nebst dem Morbus Waldenström und den Beeinträchtigungen im Magen-Darm-Trakt finde sich also einzig eine ausgeprägte depressive Störung mit vegetativen Symptomen (Dyspnoe, Parästhesien, Hitzeanfälle, Schweissausbrüche), episodisch auftretenden Einbussen von Achtsamkeit, kognitivem Leistungsvermögen und Muskelkraft sowie gelegentliche vital-bedrohliche Dekompensationen, welche wohl fremdanamnestisch gesichert seien, aber noch nie neurologisch oder hämodynamisch an Ort und Stelle hätten objektiviert werden können. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei für den Beschwerdeführer hilfreich, vermöge jedoch die erwähnten Ursachen nicht zu beseitigen. Die anfänglich mehrschichtige soziale Belastungssituation habe sich zwischenzeitlich erfreulich reduzieren lassen. Eine weiterführende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von vorwiegend begleitend-beratend, stützend, aufdeckend und erklärend-educativem Charakter, verbunden mit dem Bemühen um alle laufenden interdisziplinären, sozialen und arbeitsrechtlichen Abläufe sowie um die für ihn sehr wichtige Entstigmatisierung sei empfehlenswert. Im Rahmen der laufenden Massnahme der IV habe sich ergeben, dass sich der Beschwerdeführer mit 25% zeitlicher Präsenz, speziell auf ihn zugeschnittenem Pflichtenheft und an seinem angestammten Arbeitsplatz am Rande von Leistungsvermögen und Belastbarkeit befinde. Eine leichte Erhöhung der Präsenzzeit oder der Aufgabendichte habe die bestehende Depression verstärkt und zu vermehrten Ausfällen geführt. Angesichts seiner deutlich verminderten Belastbarkeit bei einer seit vielen Jahren sich entwickelnden und mittlerweile chronifizierten symptomatischen Depression mit beeinträchtigenden vitalen Symptomen vor dem Hintergrund eines Morbus Waldenström sei die Prognose bezüglich der weiteren Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ungünstig (AB 82).

3.2 Nach Einholung der Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.1 hiervor) und Rücksprache mit dem RAD (AB 84) veranlasste die Beschwerdegegnerin zur umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts eine polydisziplinäre MEDAS-Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Medizinische Onkologie. Im Rahmen dieser Begutachtung wurde die Diagnose eines Morbus Waldenström mit monoklonalem Immunglobulin vom Typ IgM beim Beschwerdeführer bestätigt. Die Erstdiagnose sei 2003 erfolgt mit seither langsamer Progredienz (asymptomatisch) über Jahre ohne Therapiebedarf. Wegen einer Verschlechterung der Blutwerte habe man dann von Juli bis November 2013 eine Therapie mit Fludarabin und MabThera durchgeführt sowie bis Dezember 2014 eine Erhaltungstherapie mit MabThera. Die Krankheit sei seither klinisch und laborchemisch in guter und stabiler Remission. Es finde aktuell keine onkologische Therapie statt. Die vom Beschwerdeführer als beeinträchtigend geklagten Symptome liessen sich nicht mit objektiven Befunden und dem klinischen Bild der Untersuchung korrelieren. Die Blutwerte seien im Wesentlichen als nicht signifikant auffällig zu beurteilen. Aus rein onkologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dies stehe nicht in grundsätzlichem Widerspruch zu den Angaben in den Akten. Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit durch die onkologische Erkrankung werde auch durch den behandelnden Onkologen in Frage gestellt. Zwar werde grundsätzlich eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit attestiert, diese jedoch auch im Zusammenhang mit einer möglichen psychiatrischen Begleitsymptomatik diskutiert (siehe hierzu insbesondere AB 7 S. 8 ff., AB 33 S. 2 und AB 76 S. 7). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei eine körperlich leichte Tätigkeit ohne wesentlich gefährdende Merkmale. Somit entspreche die aktuelle Tätigkeit auch einer leidensadaptierten Tätigkeit, für die keine Einschränkung bestehe. Retrospektiv sei für die Zeit der Chemotherapie von Juli bis November 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% anzunehmen. Seither bestehe bei guter klinischer und laborchemischer Remission aus rein onkologischer Sicht keine objektiv nachweisbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Zwar sei der Morbus Waldenström eine Erkrankung, die mittelfristig im besten Fall stabil, im ungünstigsten Fall progredient verlaufe mit einer mittleren Überlebenszeit aller Patienten von fünf bis acht Jahren ab Dia-

gnosezeitpunkt; 10% der Patienten überlebten mehr als 15 Jahre. Beim Beschwerdeführer sei der Krankheitsverlauf mit einer Krankheitsdauer von nunmehr 13 Jahren und derzeitiger guter Remission allerdings als sehr günstig anzusehen. Langfristig sei jedoch mit einer Progredienz zu rechnen (AB 117.3 S. 1, 3 und 6 f.; siehe auch AB 7 S. 8, AB 29 S. 3, AB 33, AB 76 S. 6 f. sowie AB 117.1 S. 12). Allgemeininternistische Erkrankungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fanden sich nicht (AB 117.4 S. 7 f.; siehe auch AB 117.1 S. 12). Zum selben Ergebnis kam der neurologische Gutachter bezogen auf sein Fachgebiet. Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit sei neurologisch weder retrospektiv noch aktuell begründbar. Der neurologische Status des Beschwerdeführers sei völlig regelrecht. Es fänden sich weder Hinweise auf eine Polyneuropathie, auf radikuläre Symptome oder Koordinationsstörungen. Eine neurologische Erkrankung habe nicht festgestellt werden können. Das vom Versicherten vor allem beklagte Fatigue-Syndrom sei neurologisch nicht begründbar. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei neurologischerseits zu 100% gegeben (AB 117.5 S. 5 f.; siehe auch AB 117.1 S. 12). Psychiatrischerseits kamen die Gutachter zur Beurteilung, dass es beim Versicherten, der primärpersönlich anankastische und etwas rigide Persönlichkeitszüge, jedoch keine pathologische Persönlichkeitsstrukturstörung aufweise, zu einer neurotischen Krankheitsverarbeitung mit psychosomatischer Reaktionsbildung in Kombination mit einem neurasthenischen Syndrom gekommen sei (ICD-10: F48.8/F48.0). Mit der Verschlechterung des Morbus Waldenström sei auch eine psychische, überwiegend neurotische Pathologie aufgetreten (AB 117.2 S. 6 und 9). Der Versicherte habe 2015 erstmals eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen, die bislang fortgeführt werde. Hier erfahre der Versicherte eine gewisse Unterstützung und konsekutiv auch eine Besserung der Beschwerden. Allerdings berichte er nach wie vor über deutlich beeinträchtigende, insbesondere vegetative Symptome, die auch partiell mit einer episodisch paroxysmalen Angst (ICD-10: F41.0) erklärt werden könnten (AB 117.2 S. 6 f.; siehe auch AB 117.1 S. 12 f.). Vom behandelnden Psychiater sei beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig bis stark, symptomatisch bei Morbus Waldenström, chronifiziert und verselbständigt, mit vorwiegend vegetativer somatisch-funktioneller Symptomatik, bei gewissenhafter norm-

und leistungsorientierter Persönlichkeit mit stark reduzierter emotionaler Belastbarkeit diagnostiziert worden (AB 117.2 S. 8). Aus objektiv gutachterlicher Sicht könne eine rezidivierende depressive Störung im Sinne einer affektiven Erkrankung beim Beschwerdeführer nicht diagnostiziert werden. Es handle sich hier um eine neurotische Erlebnisverarbeitung mit psychosomatischer Reaktionsbildung. Ausserdem lägen Panikattacken vor, wie sie auch im Bericht des Neurozentrums des Spitals H. _____ vom 20. Januar 2016 (AB 81 S. 2 ff.) erwähnt würden. Die Störungen seien einer Behandlung gut zugänglich. Auch seien im psychischen Befund keine entscheidenden psychopathologischen Funktionsstörungen validierbar. Die Beschwerden basierten im Wesentlichen auf der subjektiven Erlebniswelt des Versicherten, die jedoch beeinflussbar und korrigierbar sei. Zudem sei die Willens- und Antriebsbildung des Versicherten nicht beeinträchtigt. Beschriebene kognitive Beeinträchtigungen wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien vorwiegend psychogen ausgelöst und fügten sich in den neurasthenischen Symptomenkomplex ein (AB 117.2 S. 9). Die diagnoserelevanten Befunde seien nur geringfügig ausgeprägt. Bisher habe noch kein durchgreifender Therapieeffekt stattgefunden. Die Persönlichkeitszüge des Versicherten erschwerten eine flexible Krankheitsverarbeitung. Er besitze jedoch in ausreichendem Masse Fähigkeiten zur Introspektion, so dass dennoch ein therapeutisches Bewältigen der neurotischen Erlebnismuster möglich sei (AB 117.2 S. 7 f.). Somatisch lägen keine pathologischen Befunde vor. Psychiatrisch seien die objektiven Befunde nur gering bis punktuell mittelgradig ausgeprägt. Aggravation liege nicht vor. Beim Versicherten lägen gute persönliche Ressourcen vor. Er sei neben seiner Berufstätigkeit über viele Jahre ehrenamtlich tätig gewesen, so in der Feuerwehr und im Rahmen von Vereinstätigkeiten. Er habe auch selbst Vereine gegründet. Inzwischen sei nach eigenen Angaben ein weitgehender Rückzug von den Vereinsaktivitäten erfolgt. Es finde im Alltag jedoch noch ein ausreichendes Aktivitätsniveau statt. So betreue der Versicherte intensiv seinen jungen Hund, er wandere, wenn auch nicht mehr in der hohen Frequenz wie früher, und am Wochenende besuche er häufig mit seiner Ehefrau eine Ferienwohnung am See. Dieses Aktivitätsniveau stehe etwas im Gegensatz zu den nach eigenen Angaben nur noch zu 25% möglichen beruflichen Aktivitäten (AB 117.1 S. 16, AB 117.2 S. 8). Entge-

gen des vom Versicherten vorgetragenen Schweregrads der geklagten Symptome seien nur leicht bis allenfalls punktuell mittelgradige objektive Einschränkungen validierbar. Ein gewisser Leidensdruck seitens des Versicherten sei dennoch feststellbar. Insofern ergebe sich hier eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Diese Auffassung stehe im Gegensatz zu derjenigen des Versicherten selbst, der seine Leistungsgrenze bei 25% Arbeitseinsatz sehe (AB 117.1 S. 13). Es sei davon auszugehen, dass seit dem Beginn der Chemotherapie im Juli 2013 beim Versicherten eine psychische Leistungseinschränkung von 30% bestehe (AB 117.2 S. 9). Die medizinischen Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Es empfehle sich die Aufnahme einer stationären psychosomatischen Behandlung und im Anschluss daran eine ambulante Verhaltenstherapie. Es sei davon auszugehen, dass nach diesen therapeutischen Massnahmen die jetzige Arbeitsfähigkeit von 70% auf 100% gesteigert werden könne (AB 117.1 S. 13).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Juli 2016 inklusive der verschiedenen Teilgutachten (AB 117.1 – 117.5; siehe E. 3.2 hier vor) erfüllt sämtliche der in Erwägung 2.7 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Es erbringt damit grundsätzlich vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Gestützt auf dieses Gutachten wie auch die Berichte der behandelnden Ärzte ist erstellt, dass die Morbus Waldenström-Erkrankung des Beschwerdeführers in einer sehr guten und stabilen Remission ist und dass weder auf onkologischem noch allgemein-internistischem noch neurologischem Fachgebiet objektiv nachweisbare Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. Weiter ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer von Juli bis November 2013, der Zeit der Chemotherapie, aus somatischen Gründen voll arbeitsunfähig war und dass es damals zu einer neurotischen Krankheitsverarbeitung mit psychosomatischer Reaktionsbildung in Kombination mit einem neurasthenischen Syndrom und Panikattacken gekommen ist.

Gemäss Gutachten ist der Beschwerdeführer aufgrund dieser psychosomatischen Problematik sowohl in Bezug auf seine angestammte Tätigkeit als auch auf eine Verweistätigkeit zu 30% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wobei die Gutachter davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer nach einer stationären psychosomatischen Behandlung und einer ambulanten Verhaltenstherapie wieder voll arbeitsfähig wäre (siehe AB 117.1 S. 12 ff. sowie E. 3.1 hiervor). Dass der behandelnde Psychiater seine vom MEDAS-Gutachten abweichende psychiatrische Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer seit der Exacerbation des Morbus Waldenström im Jahr 2013 an einer symptomatischen, derzeit deutlich abgeschwächten Depression mit teilweise heftigen vegetativen Symptomen leidet und deshalb nur noch zu 25% belastbar sei, nach wie vor für zutreffender erachtet, als die gutachterliche Beurteilung (siehe Beschwerdebeilage [BB] 7), vermag letztere nicht in Zweifel zu ziehen. Die (auch vom behandelnden Psychiater) erhobene Befundlage wie auch die gezeigte Beschwerdesymptomatik sprechen für die gutachterliche Einschätzung. Symptome einer Depression liegen beim Beschwerdeführer allein sehr beschränkt vor. Der zumindest überwiegende Teil der geklagten Beschwerdeempfindung ist auch gemäss dem behandelnden Psychiater psychosomatischer Natur. Aspekte, die im Rahmen der MEDAS-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind aufgrund der gesamten Akten keine ersichtlich (vgl. E. 3.1 und 3.2 hiervor). Die anderslautende Diagnose des behandelnden Psychiaters beruht vielmehr auf einer abweichenden subjektiven ärztlichen Interpretation des von den Gutachtern vollumfänglich berücksichtigten medizinischen Sachverhalts, was nicht genügt, um die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (siehe E. 2.7 hiervor). Umso weniger, als die psychiatrische Gutachterin seine medizinische These explizit erwogen und mit nachvollziehbarer Begründung verworfen hat (AB 117.2 S. 8 f.). Dass der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Massnahmen eine tiefere Arbeitsfähigkeit gezeigt hat, als von den Gutachtern medizinisch-theoretisch attestiert, vermag die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilung ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen, ist die gutachterliche Beurteilung doch in Kenntnis der subjektiv empfundenen und anlässlich der beruflichen Massnahmen gezeigten Einschränkungen erfolgt, mit dem Ziel, diese einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung zu

unterziehen und zur Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht so substantiell wie möglich Stellung zu nehmen, wie dies die Gutachter getan haben.

3.4 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt mit dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Juli 2016 (AB 117.1 – 117.5) als rechtsgenügend abgeklärt. Das Gutachten gestattet eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs. Von weitergehenden Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 1 57 E. 1d S. 162). Die psychosomatische Problematik des Beschwerdeführers ist gestützt auf das Gutachten erstellt und die von der psychiatrischen Gutachterin in diesem Zusammenhang gestellten Diagnosen halten auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 stand. Eine Aggravation wird von der Gutachterin verneint (AB 117.1 S. 15, 117.2 S. 7). Es bleibt zu prüfen, ob die psychische/psychosomatische Problematik des Beschwerdeführers eine Invalidität zu begründen vermag, wobei das diesbezügliche Prüfungsraster rechtlicher Natur ist (vgl. E. 2.4 und 2.5 hiavor).

Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist vorliegend klar zu verneinen. Wie die psychiatrische Gutachterin explizit festhält, sind diese beim Beschwerdeführer nur geringfügig ausgeprägt (AB 117.2 S. 7). Es liegt auch kein definitives Scheitern einer lege artis mit optimaler Kooperation durchgeführten Therapie vor. Aus psychiatrischer Sicht ist die Prognose vielmehr günstig. So gehen die Gutachter explizit davon aus, dass der Beschwerdeführer mit einer stationären psychosomatischen Behandlung und einer ambulanten Verhaltenstherapie seine derzeit erlebten Einschränkungen vollständig überwinden könnte (AB 117.1 S. 13 f.). Auch der Indikator „Komorbiditäten“ spricht nicht gegen die Überwindbarkeit der psychosomatischen Einschränkungen. Zwar liegt beim Beschwerdeführer mit dem Morbus Waldenström eine unheilbare somatische Erkrankung vor. Diese befindet sich jedoch unstrittig in einer sehr guten und stabilen Remission und es finden sich in den gesamten Akten keine somatischen Gründe, die gegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sprechen würden (siehe AB 117.1 S. 12 ff. sowie E. 3.2 hiavor). So hält denn auch die psychiatrische Gutachterin explizit fest, an-

gesichts der guten Remission des Morbus Waldenström sei der Beschwerdeführer ausreichend in der Lage, seine Lebenssituation zu bewältigen (AB 142 S. 5). Der Beschwerdeführer verfügt gemäss Gutachten über ausreichende Introspektions- und Reflexionsmöglichkeiten, um die für ihn destruktive Erlebnisverarbeitung therapeutisch anzugehen (AB 117.2 S. 2). Eine pathologische Persönlichkeitsstrukturstörung liegt nicht vor und auch die Ich-Funktion selbst ist nicht gestört (AB 117.2 S. 8). Zwar erschweren die anankastischen und etwas rigiden Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers eine flexible Krankheitsverarbeitung, sie verunmöglichen diese jedoch nicht (AB 117.1 S. 17). Der Beschwerdeführer verfügt über genügend mobilisierende Ressourcen, wie sein früheres wie auch sein aktuelles Aktivitätsniveau zeigen. Er hat zwar nach eigenen Angaben gewisse Aktivitäten, insbesondere Vereinsaktivitäten aufgegeben, jedoch mit der Aufzucht eines jungen Hundes auch neue begonnen und er verfügt nach wie vor über einen zuverlässigen – wenn auch etwas kleiner gewordenen – Freundes- und Bekanntenkreis. Zudem wird er gut durch seine Ehefrau unterstützt (AB 117.1 S. 16 ff., 117.2 S. 8, 117.3 S. 4, 117.4 S. 4, 117.5 S. 3). Dies ist im Komplex „Sozialer Kontext“ zu berücksichtigen. Hinsichtlich Konsistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in den Freizeitaktivitäten nicht erheblich eingeschränkt scheint. Er fährt weiterhin Auto, obwohl auf beruflicher Ebene Beschwerden geltend gemacht werden, die dies aus Verkehrssicherheitsgründen eigentlich ausschliessen müsste, beschäftigt sich viel mit der Aufzucht seines Hundes, wandert, wenn auch nicht mehr in der hohen Frequenz wie früher, geht mit seiner Ehefrau regelmässig in die Ferien, ist noch tätig als ... im ... und auch das ... und das ... werden soweit möglich weiter praktiziert. Dies im Gegensatz zu den nach eigenen Angaben nur noch zu 25% möglichen beruflichen Aktivitäten. Auf dem somatischen Fachgebiet fiel zudem auf, dass die geklagten Beschwerden zu den entsprechenden objektiven Befunden inkonsistent waren (AB 117.1 S. 16 und 19, AB 117.2 S. 4 und 8, AB 117.4 S. 4). Auch wenn mit der psychiatrischen Gutachterin von einem gewissen subjektiven Leidensdruck auszugehen ist (AB 117.2 S. 8), kann nach dem Dargelegten in Würdigung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 dem psychosomatischen Leiden des Beschwerdeführer keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. Trotz des Morbus Waldenström liegt zurzeit kein invali-

disierender Gesundheitsschaden vor. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Dezember 2016 (AB 143) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit 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):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 13. März 2017)
- 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.