

200 17 105 IV
SCJ/BOC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Mai 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. März 2016 aufgrund eines seit 2011 bestehenden Nierenleidens bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor (AB 6 f., 12, 14, 19) und holte eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 13, 16). Daraufhin stellte die IVB mit Vorbescheid vom 6. September 2016 (AB 21) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Die beruflichen Massnahmen schloss sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 31. Oktober 2016 ab (AB 24, 35). Nachdem der Versicherte, vertreten durch B._____, gegen den Rentenvorbescheid Einwände erhoben hatte (AB 26 f., 30, 32, 34), erfolgte am 10. November 2016 eine Untersuchung durch die RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Stellungnahme und Untersuchungsbericht je vom 14. Dezember 2016 [AB 43 f.]). Daraufhin verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. Dezember 2016 (AB 45) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch B._____, am 1. Februar 2017 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine halbe Rente zu gewähren, eventualiter sei ein externes Gutachten gemäss Art. 44 ATSG in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 14. März 2017 reichte der Beschwerdeführer die verlangte Kostennote der Rechtsvertretung und am 28. März 2017 eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort ein. Letztere wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 3. April 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt.

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 vom 22. Dezember 2016 (AB 45). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine 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.

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.

2.3 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).

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).

2.4 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuver-

lässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Das Gericht wird 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 S. 470 und E. 4.6 S. 471, 122 V 157 E. 1d S. 162).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 12. April 2013 (AB 12) diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine chronische Nierenerkrankung St. 3a (G3a A2). Sie hielten fest, der Beschwerdeführer berichte über eine störende Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Leistungsintoleranz (vorwiegend bei körperlicher Anstrengung wie arbeitsintensiven Tagen im Beruf, während des Kraft- und Ausdauersports), welche nach Ausschluss behandelbarer Ursachen auf die eingeschränkte Nierenfunktion zurückgeführt werden könne. Tatsächlich seien Systemanamnese sowie Serumwerte von TSH, Ferritin und Vitaminen unauffällig gewesen.

3.2 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 17. Juni 2015 (AB 7/16 f.) die folgenden Diagnosen auf:

1. Chronische Nierenerkrankung Stadium G3bA3 nach KDIGO im Rahmen einer IgA-Nephropathie mit fokal segmentaler Glomerulosklerose (FSGS)
2. Arterielle Hypertonie, am ehesten sekundärer Genese im Rahmen der Diagnose 1
3. Chronisch venöse Insuffizienz Stadium I bds. ED 05/2015
4. Rezidivierende Kopfschmerzen
5. Erektile Dysfunktion

Die Ärztin hielt fest, die Nierenfunktion bleibe stabil. Die eGFR liege um 31ml/Min./1.73m² bei leichter Proteinurie von 0.3 g/Tag ohne Hinweise auf ein aktives Sediment. Erfreulicherweise sei der Blutdruck auch sehr gut kontrolliert, denn die gut kontrollierte Proteinurie und der Blutdruck seien die wichtigsten modifizierbaren Faktoren, welche das renale Outcome günstig beeinflussen könnten. Eine renale Anämie oder ein sekundärer Hyperparathyreodismus seien nicht objektivierbar. Aufgrund der vom Beschwerdeführer geklagten Müdigkeit und wiederholten Abwesenheit vom Arbeitsplatz werde die Abklärung eines Schlaf-Apnoe-Syndroms empfohlen. Bevor wirklich gesagt werden könne, dass die Müdigkeit von der eingeschränkten Nierenfunktion herkomme, müsse primär diese Entität ausgeschlossen werden können. Eine latente Depression sei ebenfalls differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen. Sollten die Müdigkeit und/oder die Leistungsintoleranz persistieren, wäre eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 80 % sinnvoll, gegebenenfalls müssten arbeitsmedizinische Abklärungen eingeleitet werden.

Zudem gab Dr. med. E. _____ im Bericht vom 19. Dezember 2015 (AB 7/10 f.) an, aufgrund der zunehmenden Leistungsintoleranz und längerer Erholungsbedürftigkeit am Arbeitsplatz sei der Beschwerdeführer aktuell zu 60 % arbeitsfähig, d.h. er arbeite drei Mal pro Woche

3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 24. Mai 2016 (AB 16) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine IgA-Nephropathie mit fokaler segmentaler Glomerulosklerose und mesangialer Proliferation, mit chronischer Niereninsuffizienz Stadium 3a nach KDIGO bei seit 2011 weitgehend stabiler Nierenfunktion mit GFR-Werten um zirka 30 – 35 ml/min/1.73m² (die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei höchstens gering). Die RAD-Ärztin gab an, der Beschwerdeführer leide seit 2011 an einer Nierenerkrankung,

welche sich seither nicht relevant verschlechtert habe, auch wenn es kleine Schwankungen in den Werten gebe. Nur kurzzeitige akute Verschlechterungen im Rahmen von Infektionen seien aufgetreten, so im Januar 2015 und erneut im März 2016. Da sei der Beschwerdeführer für kurze Zeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Daneben werde auch eine Arbeitsunfähigkeit von aktuell 50 % attestiert, die – bei seit 2011 praktisch stabilen Nierenwerten – nicht wirklich nachvollziehbar sei. Andererseits sei bekannt, dass manchmal bei schlechten Nierenwerten über Müdigkeit geklagt und dann eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Allerdings sei eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit erst im Rahmen einer Blutdialyse üblich. Wenn dann über Müdigkeit geklagt werde, sei allerdings auch nicht logisch, dass ... möglich sei, und dass ganze Tage gearbeitet werden könne, aber dann wiederum Tage zur „Erholung“ eingesetzt würden. Gerade dieses Setting spreche viel mehr dafür, dass mit drei Mal einem ganzen Tag Arbeit bzw. ... einerseits den Bedürfnissen des Arbeitgebers, andererseits dem langen Arbeitsweg Rechnung getragen worden sei. Dafür spreche auch, dass 2013, als der Arbeitsplatzwechsel bevor gestanden habe, erstmals über vermehrte Müdigkeit geklagt worden (siehe Bericht von 2013) und gleichzeitig ein Zwischenzeugnis verlangt worden sei. Noch sei aber zu 100 % weiter gearbeitet worden im neuen Setting, hingegen werde im Juni 2015 erstmals von einzelnen Tagen berichtet, an denen der Beschwerdeführer nicht arbeite, was aber auf Überstunden und Ferien gehe. Im Dezember 2015 habe er dann angegeben, er arbeite 60 %, nämlich an nur drei Tagen die Woche, was jedoch im Arbeitgeberbericht nicht erscheine, denn dort werde erst ab März 2016 eine Reduktion der Arbeitszeit angegeben, und zwar auf 50 %, wobei laut Arztberichten gerade im März 2016 die akute vorübergehende Verschlechterung aufgrund eines viralen Infektes erfolgt sei. Bei dieser Konstellation könne den Angaben zur Arbeitsunfähigkeit in den Arztberichten nicht gefolgt werden. Insbesondere spreche gegen eine erhebliche Verschlechterung der Verlauf der Nierenwerte, die seit der Diagnosestellung kaum verändert seien. Eine geringe Einschränkung durch etwas mehr Pausenbedarf, also vielleicht im Rahmen von 10 – 20 % (das entspreche bereits $\frac{3}{4}$ bis $1\frac{1}{2}$ Stunden am Tag für Pausen), seien allenfalls im Rahmen eines Ermessens möglich. Eine Einschränkung um 50 % bei einer noch durchaus genügenden Nierenfunktion aber lasse sich nicht medizinisch begründen.

3.4 Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 13. September 2016 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) aus, das Thema der Leistungsintoleranz, Müdigkeit und raschen Erschöpfbarkeit sei schon rasch nach der Diagnosestellung die regelmässige Problematik der nephrologischen Kontrollen gewesen und nicht erst seit 2015 aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe früh Kontakt mit seinem Arbeitgeber gesucht, um die möglichen Entlastungen ohne Arbeitszeiteinbusse zu erreichen. Somit sei die Aussage nicht richtig, dass wegen der seit Jahren stabilen Nierenfunktion diese Symptomatik nicht durch die eingeschränkte Nierenfunktion erklärt werden könne. Es sei eher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer alles Mögliche unternommen habe, um die gleiche Leistung – trotz eingeschränkter Nierenfunktion – zu erbringen, aber wahrscheinlich seit 2015 die körperlichen Ressourcen nicht mehr reichten und somit eine weitere physische Dekompensation in Kauf genommen werden müsse. Weiter liege die eGFR (= geschätzte Kreatininclearance, Ausmass der Nierenfunktion) bei zirka 30 – 35 ml/min/1.73m² (die Schwankungen seien durch den schwankenden Hydrationszustand des Beschwerdeführers erklärbar). Eine derart eingeschränkte Nierenfunktion bedeute, dass die Nieren verschiedene Funktionen nicht mehr vollständig ausüben könnten. Somit sei die Blutdruckregulation schon seit längerer Zeit gestört im Sinne von erhöhten Blutdruckwerten, weshalb der Beschwerdeführer regelmässig Blutdruckmittel nehmen müsse. Neben der gestörten Blutdruckregulation sei die Entgiftungsfunktion der Niere ebenfalls eingeschränkt. Somit müsse angenommen werden, dass beim Beschwerdeführer die Akkumulation dieser Toxine zur Leistungsintoleranz, Müdigkeit und raschen Erschöpfbarkeit mit verlängertem Erholungsbedarf führen könne. Die eingeschränkten Nierenreserven zeigten sich besonders eindrücklich anlässlich der viralen Infekte, welche jeweils zu einer noch stärkeren Nierenfunktionseinschränkung führten und die Nierenfunktion sich nur langsam erhole.

3.5 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 21. Oktober 2016 (AB 34/3 f.) fest, der Beschwerdeführer gebe eine Leistungsintoleranz und permanente starke Müdigkeit an. Dies lasse sich klinisch nicht objektiveren und nicht klar messen. Als objektive Befunde lägen einzig leichte Unterschenkelödeme und die Nierenfunktionseinschränkung vor. Die geklagten Beschwerden seien

glaubhaft und mit der bekannten Grunderkrankung vereinbar. Sie liessen sich jedoch nicht durch objektive Untersuchungen beweisen. In der angestammten Tätigkeit als ... sei der Beschwerdeführer momentan mit einem Arbeitspensum von 50 % an seiner Leistungsgrenze.

3.6 Am 10. November 2016 untersuchte die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ den Beschwerdeführer und stellte im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2016 (AB 44) die folgenden Diagnosen:

- Chronische Nierenerkrankung Stadium G3bA3 nach KDIGO im Rahmen einer IgA-Nephropathie mit fokal segmentaler Glomerulosklerose (FSGS)
- Chronisch venöse Insuffizienz Stadium I
- Rezidivierende Kopfschmerzen
- Erektile Dysfunktion

Die RAD-Ärztin hielt fest (AB 44/6 f.), rein zeitlich sei nicht nachvollziehbar, warum der Beschwerdeführer, der nun anamnestisch seit 2011 und nachweislich seit 2013 ungefähr die gleichen Werte bezüglich Nierenfunktion aufweise, plötzlich 2015 oder 2016 einen solchen Leistungsknick haben sollte. Der Verlauf der Erkrankung sei stabil und die Angabe von Müdigkeit und Schlapheit im Verlauf habe keine Parallelität zum effektiven Gesundheitszustand. Auch lasse sich aus den aktuellen Nierenwerten keine starke Müdigkeit begründen, weder aus der Nierenfunktion selbst noch aus der Hämatologie. Die Hämaturie (ganze Erythrocyten) sei möglicherweise nicht allein durch die Nierenstörung bedingt, hier könnte eine zusätzliche Abklärung sinnvoll sein. Obwohl weder ein Eiweissmangel im Blut noch eine relevante Anämie bestehe, könne aufgrund der Hämaturie und der Proteinurie allenfalls von einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Belegen lasse sich das nicht. Eine Einschränkung von 20 % könne postuliert werden, allerdings im Bewusstsein, dass dies eine Schätzung sei, die sich nicht auf harte Fakten stützen könne. Noch weniger allerdings könne sich eine Einschränkung von 50 % auf harte Fakten stützen, auch wenn eine solche von der Nephrologin postuliert werde. In den jetzt neu eingereichten Akten mache die Nephrologin keine Arbeitsunfähigkeit geltend.

3.7 In der nach der Untersuchung vom 10. November 2016 zu Handen des Fallmanagements verfassten Stellungnahme vom 14. Dezember 2016 (AB 43) gab die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ an, die Nierenfunktion sei seit 2012 stabil, einzelne Werte seien damals sogar ganz leicht schlechter gewesen als jetzt, vor allem zu Beginn, unter Behandlung hätten sie dann ganz leicht gebessert. Eine Verschlechterung sei also im Verlauf nicht nachweisbar, seit die Niereninsuffizienz bekannt sei. Zu Beginn, mit sogar ganz leicht schlechteren Nierenwerten, sei der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben oft ins Fitnesscenter gegangen und habe viel Sport gemacht. Er habe sich damals mit den gleichen Werten keineswegs über Müdigkeit beklagt. Die Nephrologin schreibe, sie habe dem Hausarzt wegen Müdigkeit eine allfällige Schlafapnoe-Abklärung empfohlen. Daraus könnte man schliessen, dass sie die beklagte Müdigkeit nicht (oder jedenfalls nicht voll) auf das Nierenleiden zurückführe. Sie mache das in ihrem Bericht vom 28. November 2016 auch nicht geltend. Nur Dr. med. F. _____, der Hausarzt, mache eine Arbeitsunfähigkeit geltend. Die schlafmedizinische Abklärung habe stattgefunden (gemäss Angaben im Bericht des Anwalts vom 7. Oktober 2016; daraus leite sich so gut wie nie eine Invalidität ab, sondern nur eventuell eine Behandlung). Da auch noch keineswegs eine Transplantation notwendig sei, könne auch nicht von einer relevanten psychischen Beeinträchtigung aus einem solchen Grund ausgegangen werden. Es liege keine Störung vor, aus welcher eine relevante, die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigende Arbeitsunfähigkeit abzuleiten wäre. Müdigkeit sei ein subjektives Leiden. Je nach Interpretation lasse das Gericht in solchen Fällen eine Anerkennung einer geringen Arbeitsunfähigkeit zu. Diese würde jedoch nicht über 20 % Arbeitsunfähigkeit hinausgehen. Aufgrund der vorliegenden Akten und Resultate sei auch keine Ursache ersichtlich, um eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 20 % wegen subjektiver Müdigkeit anzunehmen.

4.

4.1 Aufgrund der ab August 2015 erstmals attestierten ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit (AB 7/4) sowie der im März 2016 erfolgten Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin (AB 1) ist ein Rentenanspruch des

Beschwerdeführers frühestens ab September 2016 zu prüfen (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C._____ vom 24. Mai 2016 (AB 16) sowie die aufgrund einer persönlichen Untersuchung abgefasste erneute Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 14. Dezember 2016 (AB 43 f.). Bei dieser Sachlage ist zu berücksichtigen, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, falls ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens erledigt werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.3 Es ist unbestritten, dass beim Beschwerdeführer im Jahr 2011 die bioptisch gesicherte Diagnose einer chronischen Nierenerkrankung gestellt wurde (AB 12/3). Weiter ist aufgrund der wiederholten Laboruntersuchungen davon auszugehen, dass die Nierenfunktion seither einigermaßen stabil ist. Die behandelnde Nephrologin Dr. med. E._____ hat im Bericht vom 17. Juni 2015 (AB 7/16 f.) eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 80 % als sinnvoll bezeichnet, sollten die Müdigkeit und/oder die Leistungsintoleranz des Beschwerdeführers anhalten. Am 19. Dezember 2015 hat dann die gleiche Ärztin ausgeführt, der Beschwerdeführer sei aufgrund der zunehmenden Leistungsintoleranz und längeren Erholungsbedürftigkeit aktuell zu 60 % arbeitsfähig (AB 7/10).

Die Auffassung der RAD-Ärztin Dr. med. C._____ hat einiges für sich, wonach nicht nachvollziehbar sei, weshalb sich die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verlauf des Jahres 2015 plötzlich massiv verschlechtert haben soll, obwohl die Nierenwerte praktisch unverändert geblieben sind (vgl. AB 44/6). Auch ihre Erklärung, dass dies mit dem Arbeitsplatzwechsel von ... nach ... und entsprechend längerem Arbeitsweg seit 2013 (vgl. AB 12/3 und Beschwerde S. 3 lit. B./I./lit. a) zusammenhängen könne (vgl. AB 16/4), ist nicht von der Hand zu weisen.

Andererseits hat die behandelnde Ärztin Dr. med. E. _____ im Bericht vom 13. September 2016 (BB 4) ebenfalls nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb der Beschwerdeführer vorerst die gleiche Leistung trotz der eingeschränkten Nierenfunktion zu erbringen versucht habe, aber seit 2015 die körperlichen Ressourcen nicht mehr ausgereicht hätten. Weiter hat sie ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer eine stark eingeschränkte Nierenfunktion vorliege, welche zur Folge habe, dass die Nieren verschiedene Funktionen nicht mehr vollständig ausüben könnten. Sodann sei die Blutdruckregulation schon seit längerer Zeit gestört. Die Entgiftungsfunktion der Nieren sei ebenfalls eingeschränkt. Es müsse angenommen werden, dass beim Beschwerdeführer die Akkumulation dieser Toxine zur Leistungsintoleranz, Müdigkeit und raschen Erschöpfbarkeit mit verlängertem Erholungsbedarf führen könne.

4.4

4.4.1 Damit medizinische Berichte beweiskräftig sind, müssen sie unter anderem in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sein (vgl. E. 2.3 hiavor). Der Bericht von Dr. med. E. _____ vom 13. September 2016 (BB 4) stand der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ bei ihrer Beurteilung vom 14. Dezember 2016 (AB 43 f.) nicht zur Verfügung, es ist fraglich, ob er bei der Beschwerdegegnerin überhaupt eingelangt ist. Mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 24. Oktober 2016 (AB 34/1) wird auf eine Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 12. Oktober 2016 hingewiesen, welche die Beschwerdegegnerin direkt erhalten habe. Ein Bericht mit diesem Datum ist indessen nicht aktenkundig bzw. Dr. med. C. _____ hielt am 14. Dezember 2016 (AB 44/7) fest, der Bericht von Dr. med. E. _____ vom 12. Oktober 2016, der vom Anwalt erwähnt worden sei, sei bei den am 28. November 2016 eingereichten Akten nicht dabei gewesen; es könne jedoch darauf verzichtet werden, da bei der Untersuchung im RAD Labor-Untersuchungen vorgenommen worden seien und der Beschwerdeführer auch sonst untersucht worden sei. Die von Dr. med. E. _____ als Beilage zum Schreiben vom 28. November 2016 eingereichten Unterlagen (AB 42) betreffen alte Berichte aus dem Jahr 2012 sowie die Ergebnisse der kardiologischen Abklärung vom 14. September 2016. Wahrscheinlich handelt es sich beim Bericht vom 12. Oktober 2016

um die mit der Beschwerde eingereichte Stellungnahme vom 13. September 2016 (BB 4), welche ebenfalls nicht aktenkundig war.

Der Bericht von Dr. med. E. _____ vom 13. September 2016 (BB 4) weckt zumindest gewisse Zweifel an der Beurteilung der – fachfremden – RAD-Ärztin Dr. med. C. _____; gleichzeitig steht damit auch fest, dass die Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 14. Dezember 2016 (AB 43 f.) nicht in Kenntnis sämtlicher Unterlagen erfolgte. Die Beschwerdegegnerin hat darauf verzichtet, im Rahmen der Beschwerdeantwort zum Bericht von Dr. med. E. _____ vom 13. September 2016 nachträglich Stellung zu nehmen.

4.4.2 Hinzu kommt, dass sich auch die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers zu dessen Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Stellungnahme vom 28. Juli 2016 geäußert hat (AB 19). Darin gab sie an, der Beschwerdeführer arbeite seit August 1992 als ... in der ... der G. _____. Er werde als langjähriger, pflichtbewusster und engagierter Mitarbeiter geschätzt. Im Jahr 2011 sei beim Beschwerdeführer eine chronische Nierenerkrankung diagnostiziert worden, die seine Leistungsfähigkeit ab September 2015 massiv verschlechtert habe. Aufgrund der Symptome seiner Erkrankung seien bezüglich der Arbeitsstelle die nachfolgenden Anpassungen dringend erforderlich gewesen: Bedienung der ... mit Sitzmöglichkeit bei Bedarf, vermehrte Pausen und Anpassung der Arbeitspensums zu 50 %, die an drei Tagen mit acht Stunden Präsenzzeit geleistet werden könnten. Die Festlegung eines 50 %-Pensums sei nach einem Arbeitsversuch in Absprache mit den behandelnden Ärzten zu einem 60 %-Pensum erfolgt, welches den Beschwerdeführer aber überfordert habe und er die erforderlichen Leistungen nicht mehr habe erbringen können. Die Einschätzung einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit sei aus Sicht des Vorgesetzten nicht nachvollziehbar.

4.4.3 Da die eben erwähnte Stellungnahme von Seiten der Arbeitgeberin die durch den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 13. September 2016 (BB 4) an der RAD-ärztlichen Einschätzung geweckten Zweifel (vgl. E. 4.4.1 hiervor) unterstreicht, kann der Versicherungsfall nicht ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden.

4.5 Sodann ist unklar, ob die von Dr. med. E. _____ am 17. Juni 2015 (AB 7/16 f.) empfohlene Abklärung eines Schlaf-Apnoe-Syndroms stattgefunden hat; mit Bericht vom 28. November 2016 weist Dr. med. E. _____ darauf hin, sie selber habe keine schlafmedizinischen Abklärungen veranlasst. Dies habe sie dem Hausarzt empfohlen; es sei ihr nicht bekannt, ob die entsprechenden Abklärungen bereits erfolgt seien (AB 32/1). Die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers hielt zwar mit Eingabe vom 7. Oktober 2016 (AB 32) fest, der Beschwerdeführer sei offenbar durch das Spital H. _____ kardiologisch und schlafmedizinisch abgeklärt worden, entsprechende Unterlagen finden sich in den Akten jedoch nicht und Dr. med. F. _____ erwähnt im Bericht vom 21. Oktober 2016 (AB 34/3 f.) nur die kardiologische Abklärung. Es besteht deshalb auch in dieser Beziehung Klärungsbedarf, um beurteilen zu können, ob die vom Beschwerdeführer geklagte Müdigkeit auf die Nierenerkrankung zurückzuführen ist oder ob sie andere Gründe hat. Dies umso mehr, als auch die RAD-Ärztin im Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2016 anhand der Urinwerte des Beschwerdeführers in Betracht zog, dass eine Blutungsquelle ausserhalb der Niere die Ursache für die Müdigkeit sein könnte, und weitere Abklärungen für sinnvoll erachtete (AB 44/6 f.).

Weiter liegt auch kein Bericht über die im Oktober 2016 aufgenommene psychiatrische Behandlung bei Frau Dr. I. _____, Spital J. _____, vor (AB 34/5).

4.6 Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines externen Gutachtens und neuer Verfügung über den Leistungsanspruch.

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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 14. März 2017 machen B._____ ein Honorar von Fr. 2'412.50 (9.65 h à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen bzw. Spesen (von 3 %) im Betrag von Fr. 72.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 198.80 (8 % von Fr. 2'484.90), total Fr. 2'683.70, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Unter Berücksichtigung der zusätzlichen Eingabe vom 28. März 2017 ist die Parteientschädigung pauschal auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - K. _____
 - 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.