

200 18 330 IV
ACT/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. August 2018

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. März 2018



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene, aus der ... stammende und 1994 in die Schweiz eingereiste A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2009 unter Hinweis auf rezidivierende depressive Episoden nach posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt, Berichte behandelnder Ärzte und einen ärztlichen Bericht sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 25 S. 3 ff.; 34]) eingeholt hatte, verneinte sie mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 8. Dezember 2009 (act. II 35) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege keine Invalidität „im Sinne des Gesetzes“ vor.

Auf eine im Februar 2011 eingereichte Neuanmeldung (act. II 37; 39) trat die IVB mit ebenfalls nicht angefochtener Verfügung vom 30. Mai 2011 (act. II 47) nicht ein.

Im Juli 2016 reichte der Versicherte bei der IVB unter Hinweis auf „Stimmenhören, Optische Halluzinationen, Verfolgungswahn, Angst, Impulsivität, Konzentrationsprobleme, Selbstmordgedanken“ erneut ein Leistungsgesuch ein (act. II 50). Nachdem die IVB den Versicherten durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte begutachten lassen (Expertise vom 17. November 2017 [act. II 66.1 S. 2 ff.]), stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 10. Januar 2018 (act. II 67) mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor, die Ablehnung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 76) und einen Bericht des behandelnden Arztes med. pract. D._____ einreichen (act. II 76 S. 10 - 12). Mit Verfügung vom 15. März 2018 (act. II 78) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch die B._____, lic. iur. E._____, mit Eingabe vom 30. April 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. März 2017 (richtig: 2018) sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente zu gewähren.
2. Eventualiter: Es sei ein Obergutachten zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers anzuordnen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend, das Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. November 2017 sei aus verschiedenen Gründen nicht beweiskräftig. Entsprechend sei auf die Beurteilung des behandelnden Arztes med. pract. D._____ abzustellen, wonach eine schwere PTBS mit rezidivierenden depressiven Episoden und andauernder Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sowie eine paranoide Schizophrenie vorlägen, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und somit einen Anspruch auf eine (ganze) Invalidenrente begründeten.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 15. März 2018 (act. II 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang insbesondere die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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 Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), 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 (vgl. E. 3.1 vorne) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall

obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

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 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Juli 2016 (act. II 50) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 8. Dezember 2009 (act. II 35) – mit der ein Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 15. März 2018 (act. II 78; vgl. E. 2.3.3 vorne). Nicht massgebend ist demnach die Verfügung vom 30. Mai 2011 (act. II 47), da die Beschwerdegegnerin damit nicht auf die Neuanmeldung eintrat und folglich keine materielle Prüfung des Leistungsbegehrens vornahm (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

In der Folge kann offen bleiben, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich erstellt ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Denn selbst, wenn dies bejaht wird mit der Folge, dass der Leistungsanspruch allseitig zu prüfen ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198

E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2), resultiert – wie nachfolgend zu zeigen ist – keine Invalidität im Rechtssinne.

3.2 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2018 (act. II 78) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Im Bericht vom 23. Februar 2015 (act. II 56 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, basierend auf der letzten Untersuchung vom 14. Februar 2014 (S. 3), eine schwere PTBS (ICD-10 F43.1) mit rezidivierenden depressiven Episoden sowie – differentialdiagnostisch – eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0 [S. 5]). Der Beschwerdeführer sei als Kurde bei der Rekrutierung respektive Politisierung von neuen Aktivist*innen der PKK engagiert gewesen. Er habe als einflussreicher Aktivist und Motivator gegolten und sei deshalb von der Gegenseite beobachtet, später auch gesucht worden. Er sei aus einer schlimmen Gefangenschaft, in welcher er auch gefoltert worden sei, entkommen. Im Anschluss sei er aus Angst vor staatlichen Repressalien gegenüber seiner Familie (in die Schweiz) geflohen, wo sich seine Frau kurze Zeit später vom Beschwerdeführer habe scheiden lassen. 1998 sei er nach ... gereist, nach einem ca. einjährigen Aufenthalt aus schlechtem Gewissen, seinen Sohn verlassen zu haben, dann wieder in die Schweiz zurückgekehrt. Die Bearbeitung seines Asylgesuchs habe sich dann extrem in die Länge gezogen und „sei faktisch nie entschieden“ worden (S. 3).

Im Bericht vom 3. Juni 2015 (act. II 55 S. 8 ff.) hielt Dr. med. F. _____ fest, die psychische Verfassung des Beschwerdeführers habe sich in den letzten zwei Jahren deutlich verschlechtert. Eventuell hätten gewisse in diesem Bericht erstmals deutlich beschriebene wahnhaft* Symptome aber auch schon seit längerer Zeit, allerdings in weniger starker Ausprägung, bestanden und seien von früher behandelnden Ärzten zwar auch festgestellt, aber nicht so deutlich benannt worden. Aufgrund der deutlichen Zustandsverschlechterung betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2015 noch 20% (S. 12).

3.2.2 Im Bericht vom 29. August 2016 (act. II 55 S. 2 f.) diagnostizierte der seit April 2016 behandelnde Arzt med. pract. D. _____ eine schwere PTBS (ICD-10 F43.1) mit rezidivierenden depressiven Episoden und einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) sowie eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Der Beschwerdeführer habe Wahnideen, akustische und optische Halluzinationen, eine schwere Impulskontrollstörung mit Heteroaggressivität, eine Denkstörung und kognitive Defizite. Es bestehe eine genetische Veranlagung, da auch sein Sohn an einer schweren Psychose leide. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100%. Er – med. pract. D. _____ – empfehle eine erneute Begutachtung.

3.2.3 Im psychiatrischen Gutachten vom 17. November 2017 (act. II 66.1) stellte Dr. med. C. _____ die folgenden Diagnosen (S. 18 f., 25):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine krankheitswertige psychische Störung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Vordiagnostiziert:

- PTBS (ICD-10 F43.1), aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- vorbeschriebene somatoforme autonome Funktionsstörung des Urogenitalsystems, keine Relevanz für die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit
- andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar
- paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar

In der Beurteilung führte Dr. med. C. _____ aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne die PTBS (ICD-10 F43.1) nicht diagnostiziert werden, wenn ein derartig langer Zeitraum vergangen sei, der Beschwerdeführer also seit 1994 bereits in der Schweiz gewesen sei und sich erst 1999 bzw. womöglich (allerdings nicht dokumentiert) 1997 in Be-

handlung begeben habe. Vielmehr seien hier die Probleme mit der Asylanerkennung offensichtlich und dann auch die Zeit der Trennung von der Ehefrau, die der Versicherte als psychosoziale Belastungsfaktoren beschrieben habe, und schliesslich die Rückkehr aus ..., da der Sohn an einer Schizophrenie erkrankt sei (S. 20).

Neben gewissen Unklarheiten und Inkonsistenzen sei nicht nur die Diagnose der PTBS nicht ausgewiesen, sondern auch die nachfolgenden Diagnosen könnten aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Sei einerseits kein depressives Syndrom nachgewiesen, das den Beschwerdeführer *dauerhaft* begleiten und ihn in den unterschiedlichen Lebensbereichen einschränken würde, erscheine also die Diagnosestellung einer rezidivierenden episodischen affektiven Störung als nicht nachvollziehbar – wobei insbesondere auch auf die aktuelle persönliche Untersuchung und die Erhebung der Aktivitäten des täglichen Lebens in den vergangenen Wochen verwiesen werde –, so erschienen insbesondere die Diagnosestellungen der Schizophrenie und der Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung aus dem Verlauf der vergangenen Jahre nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer erleide keine Schizophrenie, wenn er auch in den vergangenen Jahren immer wieder versucht habe, eine Arbeitstätigkeit im Bereiche ..., ... oder ... auszuüben und in der aktuellen Untersuchung insbesondere keine Negativsymptomatik geboten habe und keinen für einen schizophren erkrankten Menschen auffälligen Befund aufweise. Es seien weder Einbussen im Hinblick auf Ambivalenz/Ambitendenz, auf die affektive Schwingungsfähigkeit oder den affektiven Rapport, auf die Geschwindigkeit des Denkens, überhaupt auf formale Denkstörungen oder Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt, zu erheben gewesen. In der Angabe, zum Beispiel fremde Menschen in einem öffentlichen Verkehrsmittel könnten sich plötzlich zu blutverschmierten, ihn bedrohenden Zombies wandeln, seien weder Halluzinationen noch die inhaltliche Denkstörung des Wahns nachvollzogen worden, sondern es sei eine bewusste Angabe mit Ausdruckscharakter anzunehmen (S. 20 f.).

Der Beschwerdeführer imponiere als beschäftigt mit ..., habe auch angegeben, eine ... absolviert zu haben, sich gerne abzulenken durch das Lesen von Lektüre sowie durch gesellige Kontakte zu Menschen, denen er

vertrauen könne, die ihn zum Grillieren einladen oder mit ihm essen würden, mit denen er öfters telefoniere oder Ausflüge unternehme. Die berichteten Wahrnehmungsstörungen – der Beschwerdeführer habe angegeben, er sehe Verstorbene und höre sie sich unterhalten oder ihn verhöhnen – seien nicht als Halluzinationen zu werten, da der Beschwerdeführer eindeutig davon distanziert gewesen sei und angegeben habe, dies sei eigentlich in seinem Kopf entstanden und es habe sehr viel Zusammenhang mit Biografie und Vorgeschichte, es gehe nämlich um Opfer der ... Gewalt an den ... Familienangehörigen bzw. Familienangehörigen und Freunden, auch seiner Frau. Hier sei aus der gutachterlichen Sicht an „Bilder vor geistigem Auge und lebhaftere Erinnerungen“ zu denken, an Imaginationen, aber nicht das Kriterium der Wahrnehmungsstörung und echten Halluzinationen erfüllt. Selbst wenn angenommen würde, es handelte sich um Halluzinationen, würden diese bei dem ansonsten beobachtbaren, unauffälligen affektiven Geschehen und den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie in Ermangelung anderer Symptome einer Schizophrenie nicht ausreichen, eine schizophrene Erkrankung zu begründen (S. 21).

Er – Dr. med. C. _____ – gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer in seinem Heimatland Verfolgungen erlitten habe und womöglich auch traumatisiert worden sei. Daraus lasse sich jedoch weder die Diagnose der PTBS ableiten, noch seien Erinnerungen daran oder auch affektive Folgen, die in den vergangenen Jahren aufgetreten sein mögen, automatisch als krankheitswertig zu bezeichnen. Es sei normal, dass der Beschwerdeführer nach traumatisierenden Erfahrungen in seinem Heimatland auch emotionale Erinnerungen erlitten habe. Daraus lasse sich jedoch keine eigenständige primär psychische Störung gemäss ICD-10 bzw. eine dauerhafte Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ableiten. Der Beschwerdeführer hätte eine berufliche Tätigkeit erbringen können, so wie er sie auch in den verschiedenen Bereichen erbracht habe; dabei hätten es ihm krankheitsfremde psychosoziale Faktoren verunmöglicht, längere Zeit an einer Arbeitsstelle zu verbleiben. Insoweit habe er zwar angegeben, an einer Konzentrationsminderung und Gedächtnisstörungen sowie Ängsten vor fremden Menschen gelitten zu haben; in diesen Angaben seien jedoch eindeutig defizitorientierte Angaben in der Untersuchungssituation im Auftrage der Sozialversicherungsanstalt zu erkennen. Der Beschwerdeführer

sei offensichtlich jeweils eine Zeit lang einer Tätigkeit nachgegangen, habe schon in seinem Heimatland als studierter Volkswirt angegeben, nach jeweils einigen Monaten ein „Burnout“ erlitten zu haben, weil ihm die Tätigkeit zu anstrengend gewesen sei. In der Schweiz seien ihm mit der Arbeitslosigkeit oder der Sozialhilfeunterstützung auch andere Möglichkeiten offen gestanden (S. 22).

Aktuell könne sich der Beschwerdeführer auch in einem ausgeglichenen Zustand der Lebensaktivitäten durchaus mit Freude und Interessen beschäftigen, lenke sich ab durch Fitness, durch Lesen, durch soziale Kontakte. Von einem (ausgeprägten) krankheitswertigen Geschehen in dem Sinne, dass von einem andauernden psychischen Gesundheitsschaden oder einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung auszugehen wäre, könne nicht die Rede sein (S. 22 f.). Eine krankheitswertige primär psychische Störung bzw. ein Gesundheitsschaden liege somit nicht vor (S. 23) und es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 27 f.).

3.2.4 Im zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 2. März 2018 (act. II 76 S. 10 - 12) nahm med. pract. D. _____ Stellung zum Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 17. November 2017 (vgl. auch E. 3.4 f. hinten).

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelwürdigung 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).

3.3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.3 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 Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung 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).

3.3.4 Nach der Rechtsprechung bildet insbesondere im psychiatrischen Kontext die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen, wobei dem Gespräch, d.h. der direkten Auseinandersetzung des Sachverständigen mit der zu begutachtenden Person, massgebende Bedeutung zukommt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der

psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1).

3.4 Das Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. November 2017 (act. II 66.1 S. 2 ff.) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.3.2 f. vorne). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Wie nachfolgend zu zeigen ist, zeigen der Beschwerdeführer und med. pract. D._____ mit ihren mannigfaltigen Einwänden keine Aspekte auf, welche Dr. med. C._____ ausser Acht gelassen hätte und welche den Beweiswert seines Gutachtens zu schmälern vermöchten:

3.4.1 Soweit der Beschwerdeführer kritisiert, das Gutachten entspreche „in wesentlichen Punkten nicht den Anforderungen [...] der Qualitätsleitlinien“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP vom 16. Juni 2016 (nachfolgend Leitlinien) bzw. Dr. med. C._____ hätte gestützt auf Ziffer 6.3 der Leitlinien fremdanamnestiche Auskünfte einholen müssen (Beschwerde, S. 5, Ziffer 2a und b), ist festzuhalten, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den (jeweils) entsprechenden Richtlinien vorschreiben (vgl. Entscheid des BGer vom 24. Januar 2017, 9C_715/2016, E. 3.2). Nichts anderes gilt mit Bezug auf fremdanamnestiche Auskünfte behandelnder Ärzte, deren Einholung in erster Linie im Ermessen des Gutachters liegt, woran auch Ziffer 6.3 der Leitlinien nichts geändert hat (vgl. Entscheid des BGer vom 27. März 2018, 8C_794/2017, E. 4.2.1); die Leitlinien empfehlen denn auch allein eine Fremdanamnese.

Keine andere Einschätzung respektive keine Pflicht zur Einholung einer Fremdanamnese rechtfertigt die Tatsache, dass Dr. med. C._____ in diagnostischer Hinsicht zu anderen Schlussfolgerungen als med. pract. D._____ und die vor ihm behandelnden Ärztinnen gelangte: Zunächst ist es gerade die Aufgabe des Gutachters, bisherige Einschätzungen behandelnder Ärzte aus versicherungsmedizinischem Blickwinkel – namentlich auch in diagnostischer Hinsicht – kritisch zu hinterfragen, wobei der Gutachter zu anderen Schlussfolgerungen gelangen kann. Dies trifft auch auf den vorliegenden Fall zu, wobei Dr. med. C._____ seine

divergierende Auffassung ausführlich anhand der Symptomerhebung und der Verhaltensbeobachtung (vgl. E. 3.3.4 vorne) sowie – entgegen der Auffassung von med. pract. D. _____ (act. II 76 S. 10) – sachlich und neutral begründete (vgl. act. II 66.1 S. 19 ff.). Dass Dr. med. C. _____ eine krankheitswertige Störung nicht als gegeben erachtete, überzeugt namentlich auch mit Blick auf die von ihm erhobene, sehr bescheidene objektive Befundlage (act. II 66.1 S. 17 f.). Im Gegensatz dazu stellte med. pract. D. _____ in den Berichten vom 29. August 2016 (act. II 55 S. 2 f.) und vom 2. März 2018 (act. II 76 S. 10 - 12) bei seinen in diagnostischer Hinsicht anderweitigen Schlussfolgerungen allein auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab – ohne eine kritische Plausibilisierung vorzunehmen –, was invalidenversicherungsrechtlich nicht genügt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281 betreffend Schmerzen, was in allgemeiner Hinsicht auch betreffend Angaben der Versicherten geltend muss). Vor diesem Hintergrund ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass Dr. med. C. _____ bei med. pract. D. _____ keine zusätzliche fremdanamnestische Auskunft einholte. Insbesondere lag dem Gutachter auch dessen Bericht vom 29. August 2016 vor (act. II 66.1 S. 12 f.; 55 S. 2 f.), worin sich med. pract. D. _____ u.a. ausführlich zu der von ihm im Wesentlichen postulierten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie äusserte, weshalb es auch vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden ist, wenn Dr. med. C. _____ auf weitere Angaben seitens des behandelnden Arztes verzichtete. Indem sich der Gutachter aufgrund der Akten bzw. der ausführlichen Berichte der behandelnden Ärzte auch anderweitig ein umfassendes Bild über den bisherigen Verlauf der geltend gemachten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen machen konnte, verfängt auch der Vorwurf des Beschwerdeführers nicht, es sei nicht Einsicht in die vollständigen Akten der behandelnden Ärzte genommen worden (Beschwerde, S. 6, Ziffer 2b).

3.4.2 Weiter kritisiert der Beschwerdeführer, Dr. med. C. _____ habe dem Umstand, wonach es sich bei Schizophrenie um eine vererbliche Krankheit handle und der Sohn des Beschwerdeführers ebenfalls daran erkrankt sei, nicht genügend Rechnung getragen (Beschwerde, S. 6, Ziffer 2c).

Im Rahmen der anamnestischen Erhebungen gab der Beschwerdeführer an, dass sein Sohn an einer Schizophrenie erkrankt sei, weshalb Dr. med. C. _____ dieser Umstand durchaus bekannt war (act. II 66.1 S. 15 f.). Indessen ist auch insoweit auf das in E. 3.3.4 und E. 3.4.1 Gesagte zu verweisen, wonach im Gutachtenskontext in erster Linie die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung massgebend sind. Diese erlaubten dem Gutachter vorliegend eine überzeugende und abschliessende Beurteilung hinsichtlich der erstmals von med. pract. D. _____ gestellten, von Dr. med. F. _____ trotz bereits damals geltend gemachter Wahnvorstellungen (act. II 55 S. 9 f.) noch nicht in Betracht gezogenen Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Wenn Dr. med. C. _____ unter diesen Umständen der vom Beschwerdeführer – namentlich unter Hinweis auf einen Fachartikel – ins Feld geführten genetischen Prädisposition keine entscheidende Relevanz beimass, schmälert dies den Beweiswert seines Gutachtens deshalb nicht. Dass der Sohn des Beschwerdeführers den Angaben in den Akten zufolge an Schizophrenie erkrankt ist, bedeutet im Übrigen nicht ohne Weiteres, dass diese Krankheit zwingend auch beim Beschwerdeführer vorliegt.

3.4.3 Sodann hat Dr. med. C. _____ an seine neutral formulierte Feststellung im Gutachten, der Beschwerdeführer äussere sich zur tatsächlichen Einnahme hinsichtlich der von ihm aufgelisteten Medikamente nicht (act. II 66.1 S. 16), keine Schlussfolgerungen geknüpft. Damit greift das beschwerdeweise Vorbringen, der Gutachter vermittele den Eindruck, der Beschwerdeführer nehme diese Medikamente nicht ein (Beschwerde, S. 7, Ziffer 2d/a), ins Leere.

3.4.4 Ferner trifft es zwar zu, dass der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz angibt, u.a. unter (akustischen) Halluzinationen zu leiden (vgl. act. II 11 S. 9). Aus diesem Vorbringen (Beschwerde, S. 7 f.; Ziffer 2d/b) kann er jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten: Zum einen hat Dr. med. C. _____ aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass es sich hierbei um „bewusste Angaben mit Ausdruckscharakter“ handle bzw. um „Bilder vor geistigem Auge und lebhaftere Erinnerungen“, nicht jedoch um eigentliche

Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen (act. II 66.1 S. 21). Der Beschwerdeführer kritisiert diese Sichtweise und macht geltend, die Halluzinationen seien glaubwürdig bzw. „real“ (vgl. Beschwerde, S. 8, Ziffern 2d/b und 2d/c) und auch med. pract. D. _____ stellt die gutachterliche Einschätzung – wenngleich pauschal – in Frage (act. II 76 S. 11). Wie es sich damit verhält, kann jedoch letztlich offen bleiben, weist Dr. med. C. _____ doch darauf hin, dass die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie selbst dann nicht zu stellen wäre, wenn hinsichtlich der Schilderungen des Beschwerdeführers von Halluzinationen ausgegangen würde (act. II 66.1 S. 21). An dieser Stelle ist auch daran zu erinnern, dass die vor med. pract. D. _____ behandelnde Ärztin Dr. med. F. _____ – wie in E. 3.4.2 vorne bereits dargelegt – ebenso keine Schizophrenie diagnostizierte, obwohl der Beschwerdeführer seit Jahren Wahnvorstellungen geltend machte.

3.4.5 Sodann bezeichnet der Beschwerdeführer die im Gutachten wiedergegebene Schilderung seines Privatlebens ohne weitere Begründung als inkorrekt (Beschwerde, S. 8, Ziffer 2d/d). Gleichzeitig räumt er jedoch ein, „zu wenigen, ihm gut vertrauten Personen“ Kontakt zu haben. Sie seien es, welche ihn durch Einladungen zum Essen davon abhielten, „sich noch stärker zurückzuziehen“ (S. 9). Nichts wesentlich anderes folgt aus dem Gutachten von Dr. med. C. _____, welcher festhielt, dass der Beschwerdeführer „gesellige Kontakte zu Menschen [habe], denen er vertrauen könne, die ihn zum Grillieren einladen oder mit ihm essen würden, mit denen er öfters telefoniere oder Ausflüge unternehme“ (act. II 66.1 S. 21).

3.4.6 Im Weiteren bestreitet der Beschwerdeführer nicht, regelmässig ein Fitnesszentrum zu besuchen. Dr. med. C. _____ hat diesen Umstand nicht – wie vom Beschwerdeführer interpretiert – als „besonders irritierend“ (Beschwerde, S. 9, Ziffer 2d/e) empfunden und den Fitnesscenterbesuchen damit – wie vom Beschwerdeführer in der Folge suggeriert – herausragende Bedeutung im Rahmen seiner Schlussfolgerungen beigemessen. Vielmehr berücksichtigte der Gutachter diesen Umstand als ein Element unter vielen, welches gegen das Vorliegen eines invalidisierenden (psychischen) Gesundheitsschadens spricht (vgl. act. II 66.1 S. 21). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es handle sich

dabei – anders als vom Gutachter verstanden – nicht um eine Freizeitaktivität, sondern um eine „Copingmethode“ (Beschwerde, S. 9, Ziffer 2d/e), kann er auch daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten: Zum einen hat Dr. med. F. _____ das seit Jahren praktizierte Fitnessstraining noch im Bericht vom 10. April 2014 ausdrücklich als ausgleichende Freizeitbeschäftigung bezeichnet (act. II 55 S. 5 unten). Zum andern zeugt der regelmässige Besuch eines Fitnesscenters davon, dass der Beschwerdeführer sein Leben auch (aktiv) gestaltet bzw. – sofern von einer Copingstrategie auszugehen wäre – mit der als bedeutsam empfundenen psychischen Beeinträchtigung zielgerichtet umzugehen wüsste. Im einen wie im anderen Fall sprechen diese Aktivitäten mit Dr. med. C. _____ gegen das Vorliegen eines krankheitswertigen bzw. invalidisierenden Gesundheitsschadens.

3.4.7 Ferner hat Dr. med. C. _____ im Rahmen der Begutachtung keine Hinweise auf Impulshandlungen festgestellt (act. II 66.1 S. 18; Beschwerde, S. 9 f., Ziffer 2e/a). Soweit med. pract. D. _____ eine „schwere Impulskontrollstörung mit Heteroaggressivität“ postuliert (act. II 76 S. 12), stützt er sich dabei nicht auf eigene Feststellungen im Rahmen einer objektiven Befunderhebung, sondern auf die Schilderungen des Beschwerdeführers, welche vereinzelte (nicht näher beschriebene) Vorfälle in der Vergangenheit betreffen.

3.4.8 Sodann erachtet der Beschwerdeführer die Einschätzung des Gutachters, „die Willenskräfte seien zielgerichtet, der [Beschwerdeführer] sei fähig, seine Angelegenheiten selbständig zu regeln“, mit Blick auf die „Integrationsgeschichte“ als „gänzlich unverständlich“. Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang insbesondere geltend, dass er nur kurze Anstellungen vorweisen könne (Beschwerde, S. 10, Ziffer 2e/b; vgl. auch act. II 76 S. 11).

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz an diversen Stellen beschäftigt war (vgl. act. II 7 S. 1). Anders als von ihm behauptet, waren diese nicht allesamt allein von kurzer Dauer (vgl. act. II 7 S. 8). Entscheidend ist jedoch, dass der Beschwerdeführer bei im Wesentlichen vergleichbaren Beschwerdenangaben wie im aktuellen Beurteilungszeitraum (vgl. act. II 22 S. 4) einer Beschäftigung nachgehen konnte. In den den Zeitraum von 1998 bis 2008 betreffenden

Arbeitszeugnissen fehlen jegliche Hinweise darauf, dass das Verhalten des Beschwerdeführers zu Diskussionen Anlass gegeben hätte oder dass allfällige psychische Beeinträchtigungen zu Problemen am Arbeitsplatz geführt hätten (vgl. act. II 7 S. 4 - 8). Entsprechend konnte schon der RAD-Arzt Dr. med. Hans Wiki, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 2009 keine (psychiatrische) Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (act. II 25 S. 5; 34 S. 2). Wenn Dr. med. C._____ deshalb im Gutachten festhielt, es seien krankheitsfremde psychosoziale Faktoren gewesen, die es dem Beschwerdeführer verunmöglicht hätten, längere Zeit an einer Arbeitsstelle zu verbleiben (act. II 66.1 S. 22), so erweist sich dies als schlüssig: Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 11. Oktober 2002 (act. II 11 S. 9 ff.) fest, erschwerend für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seien die Rahmenbedingungen, verunmögliche doch die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln; zudem sei der Beschwerdeführer finanziell abhängig von Privaten (S. 10). In einem weiteren Bericht vom 21. Juni 2005 (act. II 11 S. 7 f.) beschrieb sie die soziale Situation als äusserst belastend (S. 8), was sich auch in der weiteren Folge nicht änderte (vgl. act. II 22 S. 4). Mit Dr. med. C._____ lässt sich demnach aus der Erwerbsbiografie des Beschwerdeführers nicht auf eine psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert schliessen.

3.4.9 Weiter kritisiert der Beschwerdeführer, „der Verfolgungsgeschichte in der Türkei und der Traumatisierung durch die Foltererfahrung“ werde im Gutachten zu wenig Beachtung geschenkt (Beschwerde, S. 11, Ziffer 2e/c).

Dr. med. C._____ ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in seinem Heimatland Verfolgungen erlitten habe und womöglich auch traumatisiert worden sei. Überzeugend weist er jedoch darauf hin, dass sich (allein) daraus nicht bereits die Diagnose einer PTBS ableiten lasse (act. II 66.1 S. 22). Massgebend für die Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen einer (rentenbegründenden) Invalidität sind denn auch weder die (diagnostisch umschriebene) gesundheitliche Beeinträchtigung an sich noch deren Ursache, sondern in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund, der Schweregrad der Symptomatik sowie die

damit verbundenen Funktionseinschränkungen (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2 betreffend Diagnose). Diese Beurteilungsparameter hat Dr. med. C._____ im Gutachten nachvollziehbar berücksichtigt und ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit schlüssig verneint. Dass ihm dabei die Akten des Asylverfahrens sowie weitere medizinische Berichte für die Zeit nach der Einreise des Beschwerdeführers in die Schweiz nicht vorlagen, schmälert den Beweiswert des Gutachtens unter den gegebenen Umständen nicht.

3.4.10 Schliesslich erachtet es der Beschwerdeführer als widersprüchlich, wenn Dr. med. C._____ zwar das Vorliegen einer psychischen Störung verneine, jedoch nicht gleichzeitig die Absetzung der verordneten Medikamente empfehle (Beschwerde, S. 12, Ziffer 2f).

Der Gutachter hielt hierzu fest, die bisherige Therapie werde bei Fehlen einer primär psychischen Störung als nicht dringlich indiziert, für den Beschwerdeführer jedoch als unterstützend angesehen (act. II 66.1 S. 26). Damit hat sich Dr. med. C._____ nicht explizit zum Absetzen der Medikation geäussert, jedoch wird deutlich, dass er die medikamentöse Therapie als nicht notwendig erachtet. Wie er jedoch weiter überzeugend festhielt – und dies ist vorliegend entscheidend –, bedeutet die Einnahme von Medikamenten für sich allein nicht, dass eine Krankheit und/oder eine Arbeitsunfähigkeit besteht, wovon jedoch der behandelnde Arzt med. pract. D._____ auszugehen scheint (vgl. act. II 76 S. 10 f.).

3.5 Demnach ergeben sich aus den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie aus den Berichten von med. pract. D._____ keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. C._____ vom 17. November 2017 sprechen (vgl. E. 3.3.3 f. vorne). Der Sachverhalt erweist sich somit als hinreichend abgeklärt und der eventualiter beantragten Durchführung eines Obergutachtens bedarf es nicht.

3.6 Mangels Vorliegens einer krankheitswertigen Störung bzw. eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ist eine vollständige Arbeitsfähigkeit für den gesamten Beurteilungszeitraum erstellt. Ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 i.V.m. BGE 143 V 418 ist bei diesem Ergebnis nicht erforderlich, nachdem – wie dargelegt – ge-

stützt auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ eine Arbeitsunfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar verneint wurde und den gegenteiligen Einschätzungen der behandelnden Ärzte kein das Gutachten erschütternder Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Juni 2018, 9C_197/2018, E. 7). Demnach hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.1 f. vorne).

3.7 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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