

200 18 421 IV
GRD/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2016 unter Hinweis auf die Folgen eines am 15. November 2015 erlittenen ...absturzes mit Schädelhirntrauma bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen (AB 10, 16 f., 22, 31, 37, 41, 44, 46, 50 f., 57, 63 f.) wies der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) auf diverse Inkonsistenzen hin (AB 59) und ging seinerseits spätestens ab 16. Juni 2016 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (AB 66). Mit Vorbescheid vom 27. Februar 2018 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens wegen fehlender Invalidität in Aussicht (AB 67). Auf Einwand mitsamt einem Bericht des behandelnden Neurologen (AB 73) hin verfügte die IVB nach Konsultation des RAD (AB 77) am 2. Mai 2018 dem Vorbescheid entsprechend (AB 78).

B.

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 4. Juni 2018 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei sein Gesundheitszustand umfassend und widerspruchsfrei festzustellen und hierauf der Leistungsanspruch neu zu prüfen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Beurteilung des RAD sei nicht schlüssig.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 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 Angefochten ist die Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

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 (Art. 8 ATSG) 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 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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet

sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener

Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

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

3.

Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1

3.1.1 Mit Berichten vom 8. und 18. Juli 2016 diagnostizierte der Neurologe Dr. med. C. _____ (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein postkontusionelles dysexekutives Syndrom mit kognitiven, vegetativen und affektiven Begleiterscheinungen. Im Vordergrund stünden auch posttraumatische Kopfschmerzen und ein posttraumatisches Fatigue Syndrom (AB 17.2/5 und 22.3/11 je unten). Beim ...absturz vom 15. November 2015 habe der Beschwerdeführer ein Schädelhirntrauma bestehend aus einer oberflächlichen Hirnkontusion fronto-parietal links und einer Gesichtsprellung mit Schwellung der Augenmuskeln, die eine Diplopie bei Blick nach rechts verursacht habe, erlitten. Die Beschwerden wie Diplopie, Schwindel und verschwommenes Sehen seien seit dem Unfall langsam rückläufig, würden jedoch weiterhin erhebliche Einschränkungen im Alltag verursachen. Im Vordergrund stehe eine übermässige Müdigkeit und frühe Ermüdbarkeit, die in ihrer Ausprägung einem Fatigue Syndrom entspreche. Die Ursache sei vielfältig, jedoch zeitlich eine Folge des Unfalls. Die psychomotorische Langsamkeit und die Vergesslichkeit liessen sich auch testpsycho-

logisch objektivieren (AB 22.3/12). Das aktuell ausgeübte Arbeitspensum von 30 % erweise sich als grenzwertig; empfehlenswert erscheine eine Reduktion auf 20 % (AB 17.2/6 und 22.3/13 je unten).

Mit Verlaufsbericht vom 25. Januar 2017 wies Dr. med. C._____ auf eine Besserung, jedoch noch keine Normalisierung der Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenverspannungen sowie der übermässigen Ermüdbarkeit und körperlichen Leistungsminderung hin. Die Arbeitsfähigkeit könne bei enger Führung gesteigert werden (AB 31/5 f.; vgl. auch AB 37).

Gemäss weiterem Verlaufsbericht vom 12. Mai 2017 bestehe weiterhin eine Schwäche der körperlichen und geistigen Ausdauer und eine verstärkte Vergesslichkeit und Ablenkbarkeit. Es werde empfohlen, die Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu erhöhen bei einer Leistungseinbusse von gegenwärtig 40 %; dies entspreche den Schätzungen des Beschwerdeführers. In dessen sollte ein grosser Teil der Arbeit zur Routine gehören und mit Blick auf die erlittene Hirnverletzung nunmehr ohne Leistungseinbusse zu erledigen sein. Ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom müsse aktuell als wesentlich ungünstigen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit in Betracht gezogen werden (AB 51/8).

3.1.2 Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, fand in der respiratorischen Polygraphie vom 19./20. Juni 2017 kein relevantes Schlafapnoe-Syndrom und regte angesichts der exzessiven Tagesschläfrigkeit die Durchführung einer Polysomnographie an (AB 50.2; vgl. auch AB 63/7 ff.).

3.1.3 Die Polysomnographie im Spital F._____ vom 18. August 2017 zeigte eine schwere obstruktive Schlafapnoe (AB 51/5; vgl. auch AB 63/3 ff.).

3.1.4 Fortan diagnostizierte Dr. med. C._____ ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine leichte Hirnfunktionsstörung und chronische, multifaktorielle Kopfschmerzen (Bericht vom 3. November 2017; AB 57/2 Ziff. 3). Aus neurologischer Sicht seien alle Tätigkeiten zumutbar; die aktuellen zeitlichen und leistungsmässigen Einschränkungen würden auf dem unbehandelten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom beruhen (AB 57/3 Ziff. 14).

3.1.5 Die RAD-Ärztin E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, erachtete in der Stellungnahme vom 9. Januar 2018 das vom Neurologen attestierte posttraumatische Fatigue Syndrom vor dem Hintergrund des am 18. August 2017 polysomnografisch nachgewiesenen, schweren Schlafapnoe-Syndroms aus fachärztlicher Sicht als nicht plausibel. Unter anderem deshalb seien Höhe und Dauer der attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel (AB 59).

3.1.6 Dr. med. G. _____ vom Spital F. _____ bestätigte am 19. Januar 2018, dass aus pneumologischer Sicht in der Regel bei einer behandelten Schlafapnoe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (AB 64).

3.1.7 Nach Eingang ergänzender Unterlagen erachtete die RAD-Ärztin mit Bericht vom 23. Februar 2018 bei normalem Neurostatus und nach augenärztlichem Ausschluss funktioneller Einschränkungen mit Auswirkung auf die Fahreignung die Wiedererreichung der vollen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf spätestens sechs Monate nach erlittenem Schädelhirntrauma (15. November 2015) bzw. ab 16. Juni 2016 als gegeben. Die vom Hausarzt angegebenen normalen Blutdruck- und Pulswerte als auch der dokumentierte BMI würden mehrheitlich gegen das Vorliegen einer chronischen leistungsrelevanten Schlafstörung sprechen. Nebst den normalen Blutdruckwerten würden auch die widersprüchlichen Ergebnisse der polysomnografischen Untersuchungen in Bezug auf den AHI (normaler AHI im Juni 2017 [AB 50.2; vgl. auch AB 63/7 ff.], pathologisch erhöhter AHI im August 2017 [AB 51/5; vgl. auch AB 63/3 ff.]) trotz einer konstanten durchschnittlichen Sauerstoffsättigung von 94 % Anlass geben, die Diagnose eines schweren Schlafapnoe-Syndroms kritisch zu überprüfen (AB 66).

3.1.8 Mit Bericht vom 6. April 2018 diagnostizierte Dr. med. C. _____ eine mässige Störung der Aufmerksamkeit und der Konzentration, heute wahrscheinlich als Folge des Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndroms (OSAS), möglicherweise unterstützt durch Restmanifestation des postkontusionellen Syndroms nach Schädelhirntrauma am 15. November 2015, sodann chronische, ondulierende myofasziale und zervikogene Kopfschmerzen bei degenerativen Veränderungen der HWS und Begleitsymptomen des OSAS und schliesslich ein Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (AB 73/6 oben). Das

Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom überlagere das postkonstitutionelle Syndrom, welches zu einer spontanen Besserung neige (AB 73/6 unten). Beurteilt nach der subjektiven prätraumatischen Leistungsfähigkeit im Alltag sei das heutige Arbeits- und Leistungsvermögen deutlich geringer geblieben (AB 73/7 oben). Die Leistungsminderungen im Alltag seien überwiegend wahrscheinlich mindestens teilweise auf die chronische nächtliche Hypoxie durch das schwere Schlafapnoe-Syndrom zurückzuführen (AB 73/7 unten). Es bestünden keine anderen somatischen Störungen ausreichender Schwere, die die Leistungsminderung im Alltag zu erklären vermöchten (AB 73/8 oben). Der Beschwerdeführer könne eine ideal angepasste Tätigkeit, d.h. wechselbelastende Tätigkeit maximal mittlerer Schwere und geringer Beanspruchung der geistigen Ressourcen (vorwiegend Routinetätigkeiten) vollzeitig bei maximal 10 % Leistungseinbusse (sei es infolge der verstärkten Müdigkeit oder der Langsamkeit) durchführen (AB 73/9).

3.1.9 Einmal mehr wies die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 25. April 2018 auf die unklare Ursache der Diskrepanz zwischen den unterschiedlichen Ergebnissen der beiden Polysomnografien hin. Dennoch handle es sich bei einem Schlafapnoe-Syndrom um eine gut behandelbare Störung, die keine IV-Relevanz habe, zumal nach hausärztlichen Angaben nur eine Präadipositas und normale Blutdruck- und Pulswerte und somit keine Sekundärfolgen vorlägen (AB 77/4).

3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 78) im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin vom 23. Februar (AB 66) und 25. April 2018 (AB 77) gestützt. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ärztliche Berichte und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 2.5 hiervor). Dass die RAD-Ärztin auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichtete, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Die RAD-Ärztin hat sich in ihrer Beurteilung sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Sie führt schlüssig und nachvollzieh-

bar aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... seit 16. Juni 2016 wieder voll zumutbar ist.

3.2.2 Gestützt auf die Abklärungen zur Fatigue-Problematik geht auch der Neurologe Dr. med. C. _____ davon aus, die maximale Leistungseinbusse betrage in einer vollzeitlich angepassten Tätigkeit 10 % infolge Müdigkeit bzw. Langsamkeit (AB 73/9). Seiner Ansicht nach ist diese Leistungsminderung überwiegend auf die chronische nächtliche Hypoxie durch das schwere Schlafapnoe-Syndrom zurückzuführen (AB 73/7 unten), zumal keine anderen somatischen Störungen ausreichender Schwere bestünden, die die Leistungsminderung im Alltag zu erklären vermöchten (AB 73/8 oben). Unmittelbar nachdem das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert worden war (vgl. AB 51/5; vgl. auch AB 63/3 ff.), erachtete er bereits aus neurologischer Sicht alle Tätigkeiten als zumutbar und führte die zeitlichen und leistungsmässigen Einschränkungen auf das unbehandelte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom zurück (AB 57/3 Ziff. 14). Eine behandelte Schlafapnoe vermag indessen aus pneumologischer Sicht im Regelfall keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. E. 3.1.6 hiervor). Dem entsprechend zeigt die RAD-Ärztin unter Bezugnahme auf die vom Hausarzt angegebenen normalen Blutdruck- und Pulswerte sowie des dokumentierten BMI in nachvollziehbarer Weise auf, dass vorliegend nicht von einer chronischen, leistungsrelevanten Schlafstörung ausgegangen werden kann (AB 66/3 unten), sondern das Schlafapnoe-Syndrom vorliegend eine gut behandelbare Störung darstellt (vgl. dazu auch BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 129 mit Hinweisen; Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 13. Juli 2015, 8C_249/2015, E. 4.2, und vom 26. Mai 2010, 8C_53/2010, E. 5.2.1, je mit Hinweisen). Daraus folgt, dass die nunmehr behandelte Schlafapnoe die Arbeitsfähigkeit nicht weiter einzuschränken vermag; weitere Abklärungen sind diesbezüglich nicht angezeigt.

3.2.3 Soweit der Neurologe in der Vergangenheit von weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit – insbesondere wegen übermässiger Ermüdung und früher Ermüdbarkeit – ausgegangen ist (vgl. E. 3.1.1 hiervor), stützte er sich mehr auf anamnestische Angaben des Beschwerdeführers denn auf objektive Befunde. Gestützt auf das Ergebnis der polysom-

nografischen revidierte er denn auch seine anfängliche Beurteilung (vgl. dazu E. 3.1.4 hiervor).

3.2.4 Abschliessend rechtfertigt sich noch der Hinweis, dass sich der Beschwerdeführer als ... seiner Firma über Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen von Fr. 30'000.-- (AB 1/6 Ziff. 5.4, 10, 44/4 Ziff. 2.11 f.) begnügte, sodass selbst unter Berücksichtigung der von Dr. med. C._____ zuletzt attestierten Leistungseinbusse im Rahmen des Invalideinkommens letztlich mit Blick auf den umstrittenen Rentenanspruch gar keine relevante Erwerbseinbusse resultieren würde.

3.3 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und weitere Abklärungen sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers offensichtlich nicht angezeigt. Der Beschwerdeführer leidet nicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 78) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist als offensichtlich unbegründet 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt

des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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
 - 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.