

200 19 884 IV  
LOU/ISD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Juli 2020**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Oktober 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist gelernter ... und seit 1988 beim C.\_\_\_\_\_ in ... Funktion tätig, zuletzt als .... Im Juli 2018 meldete er sich unter Hinweis auf eine Krebserkrankung, einen Herzinfarkt, psychische Erkrankungen sowie eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 11 und 32). Die IVB traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich holte sie die Akten der D.\_\_\_\_\_ und Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein, und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. April 2019 (AB 49) die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht. Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (AB 59), holte die IVB weitere Unterlagen ein und nahm abermals Rücksprache mit dem RAD. Gestützt darauf hielt die IVB mit Verfügung vom 21. Oktober 2019 (AB 71) an ihrem Vorbescheid fest.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 19. November 2019 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente; eventualiter die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, damit diese weitergehende medizinische Abklärungen vornehme und anschliessend erneut über den Leistungsanspruch befinde.

Mit Eingabe vom 27. November 2019 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 11. Mai 2020 machte der Beschwerdeführer weitere Ausführungen und reichte zusätzliche Unterlagen ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung 21. Oktober 2019 (AB 71). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

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

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

**2.2.1** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285).

**2.2.2** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.3** Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296).

Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.4** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.3** Um den Leistungsanspruch 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 27. April 2018 (AB 33/8 f.) diagnostizierte med. pract. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.10) und hielt fest, aufgrund der gesundheitlichen Situation mit einer multimorbiden somatischen Belastung und gleichzeitig aufgetretener problematischer Arbeitsplatzsituation sei es zur aktuellen Erkrankung gekommen. Der Beschwerdeführer sei aktuell vollständig arbeitsunfähig und befinde sich in psychotherapeutischer (wöchentlich) sowie antidepressiver Behandlung.

**3.1.2** Dr. med. dipl. psych. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 12. September 2018 (AB 33/1-6) aus, nach einer ersten Behandlung zwischen Mai 2014 und April 2015 sei der Beschwerdeführer seit März 2018 wieder in Behandlung. Er leide gemäss eigenen Angaben an einem Erschöpfungszustand und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Er habe viele Handicaps, habe Krebs und einen Herzinfarkt gehabt und seine kognitiven Fähigkeiten seien aufgrund der durchlaufenen Chemotherapie sehr stark beeinträchtigt worden. Dies habe er über die Jahre gut kompensieren können, sei jetzt aber damit überfordert. Nach 30 Jahren als ..., davon die letzten 15 Jahre als ... und ..., sei der Betrieb umstrukturiert und er durch verschiedene aggressive Chefs gemobbt worden. Dies alles habe seinen aktuellen Zustand bedingt. Dr. med. dipl. psych. F.\_\_\_\_\_ hielt weiter fest, aktuell stehe eine mittelgradige depressive Symptomatik im Vordergrund – mit einem sehr hartnäckigen Verlauf. Es bestehe eine permanente Erschöpfung; der Beschwerdeführer sei müde und benötige für jede Tätigkeit länger, seine Stressverarbeitungsfähigkeit sei sehr stark reduziert, er bekomme bei Stress Blockaden, habe keine Ausdauer, kein Durchhaltevermögen und ziehe sich sozial

zurück. Aus psychopathologischer Sicht dürften sich die kognitiven Störungen sei der letzten neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2014 verschlechtert haben. Die aktuelle Tätigkeit beim ... sei nicht mehr zumutbar und der Beschwerdeführer sei aufgrund seines ausgeprägten Störungsmusters nicht in der Lage, eine angepasste Tätigkeit zu absolvieren.

**3.1.3** Im Arztbericht vom 9. November 2018 (AB 39) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen psychophysischen Erschöpfungszustand (multifaktoriell bedingt, u.a. mitbedingt durch sehr problematische Arbeitsplatzsituation), eine Onychorrhösis Digitus I Fuss rechts, ein Status nach Achillodynie rechtsseitig, Muskelhartspann paravertebral linksseitig auf Höhe BWS und eine Notalgia paraesthetica Th5 rechts fest. Nach einer mehrmonatigen kompletten Arbeitsunfähigkeit und weiteren Abklärungen gelange er, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, zur Überzeugung, dass längerfristig eine 50%ige Arbeits- und Erwerbsfähigkeit realistisch sei. Es bestünden ganz klare Einschränkungen, wie sie bei Burnout, Chronic Fatigue, Überlastungssyndrom, schweren Depressionen oder aber bei Chemo Brain gesehen würden: Bei Normalbelastung in der anspruchsvollen Berufstätigkeit komme es primär zu raschen Belastungen, Überforderungsreaktionen, klassischen Blackouts, Versiegen intellektueller Fähigkeiten und Unmöglichkeit zum Multitasking, was den Beschwerdeführer prompt massiv erschöpfe, und sekundär komme es auch zu psychischen Symptomen, was die effektive Arbeitsleistung zusätzlich einschränke. Zusätzlich komme es zu klassischer Überforderung und physischen Überlastungssymptomen. Der Beschwerdeführer weise überaus zahlreiche Ressourcen auf, wobei aktuell das Thema nicht eine Eingliederung, sondern eine teilweise Entlastung zur ausreichenden Erholung sei.

**3.1.4** Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 9. April 2019 (AB 48) aus, gestützt auf die medizinischen Akten bestehe eine Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule infolge einer Hyperkyphose und einer Bandscheibendegeneration an der LWS, degenerative Veränderungen an der rechten Schulter, eine abgeheilte Achillodynie und möglicherweise eine Schmerzverursa-

chung durch ein Überbein am Achillessehnenansatz. Diese Befunde seien jedoch nicht geeignet, in der zuletzt ausgeübten körperlich leichten Tätigkeit zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Auch den übrigen aktenkundigen körperlichen Befunden sei keine leistungsrelevante Einschränkung in einer körperlich leichten Tätigkeit beizumessen. Namentlich werde der Hormonmangel (Testosteronmangel aufgrund einer Orchidektomie rechts 2004) mit Testosteron substituiert, die signifikante Einengung eines Herzkranzgefässes (des RIVA) sei 2008 mittels pericutaner transluminaler Koronarangioplastik (PCI) mit gutem Resultat behoben worden und die Endoskopie der Speiseröhre von Oktober 2018 habe kein Rezidiv der Oesophagitis gezeigt. Die angestammte Tätigkeit sei aus somatischer Sicht daher uneingeschränkt zumutbar. Dasselbe gelte allgemein auch für eine körperlich leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung und ohne manuelles Arbeiten über Schulterniveau (AB 48/4 f.).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 9. April 2019 (AB 47) fest, die von med. pract. E. \_\_\_\_\_ erstmals gestellte und anschliessend von Dr. med. dipl. psych. F. \_\_\_\_\_ übernommene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei nicht unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien objektiviert worden, sondern würde auf den Selbstausskünften des Beschwerdeführers beruhen. Es würden lediglich ein nahezu unauffälliger Psychostatus und eine unspezifische subdepressive Stimmungslage attestiert. Die vom Beschwerdeführer vorgetragene kognitive Beeinträchtigung hätten zu keinem Zeitpunkt objektiv bestätigt werden können. Dies spreche ebenfalls gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten sowohl mittelschweren wie auch schweren affektiven Störung. Im Jahr 2011 habe sich anlässlich einer neuropsychologischen Testung keine Diagnose objektivieren lassen; in einer weiteren Testung im Jahr 2014 seien gesamthaft leichte neuropsychologische Störungen im Bereich von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen, wahrscheinlich im Rahmen der verschiedenen Grunderkrankungen, beschrieben worden. Die höheren kognitiven Leistungen seien anlässlich beider Untersuchungen übereinstimmend normal bis überdurchschnittlich ausgefallen. Der Beschwerdeführer habe zudem innerhalb des gleichen Testverfahrens sowie

im Intertestvergleich im Jahr 2014 sogar bessere Leistungen bei höheren und komplexeren Leistungsanforderungen als bei einfacheren Aufgaben erbracht. Die dokumentierten Leistungsschwankungen innerhalb der Aufmerksamkeitstestung im Jahr 2014 würden auf ein willentlich gesteuertes Leistungsverhalten schliessen lassen und deuteten auf eine gute Selbst- und Situationskontrolle hin. Für die vom behandelnden Psychiater im September 2018 beschriebene angebliche Verschlechterung der kognitiven Störung seit 2014 bestünden keine objektiven Befunde. Die aktenkundigen wiederholten Krankschreibungen seit 2004 stünden im Zusammenhang mit verschiedenen somatischen Vorerkrankungen. Die aktuelle Krankschreibung aus psychischen Gründen sei medizinisch nicht plausibel nachvollziehbar und habe nicht objektiv begründet werden können. Im Kontext des Beginns der Krankschreibung (22. Februar 2018) seien die Umstrukturierung des Arbeitsplatzes des Beschwerdeführers, Mobbing durch verschiedene aggressive Chefs sowie ein gereiztes, aggressives und herabwürdigendes Klima am Arbeitsplatz gestanden. Die unbeeinträchtigten höheren kognitiven Leistungen sprächen gegen eine leistungsrelevante psychische Störung. Der Beschwerdeführer verfüge aufgrund der negativen psychiatrischen Vorgeschichte, des hohen Ausbildungs- und Bildungsniveaus mit erfolgreichen regelmässigen Weiterbildungen, der regelmässigen körperlichen Aktivität und der Pflege ausserberuflicher Interessen über Schutzfaktoren vor der Entwicklung einer Depression bzw. von Stress-Folgeerkrankungen. Insgesamt hätten auf dem psychiatrischen Fachgebiet bisher keine Diagnose mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen objektiviert werden können. Unter Berücksichtigung des somatisch bedingten allgemeinen Leistungsvermögens für körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung und ohne manuelles Arbeiten über Schulterniveau wie auch für die angestammte Tätigkeit habe bereits zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung (recte: Früherfassung) im Juni 2018 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden (AB 47/15-17).

**3.1.6** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 4. Juli 2019 (AB 59/3 f.) hinsichtlich des negativen Renten-Vorbescheides vom 11. April 2019 (AB 49) aus, dieser sei zwingend anzufechten, was er auch dem Beschwerdeführer geraten habe. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die von sämtlichen involvierten Ärztinnen und Ärzten attestierte langdauernde

(vollständige) Arbeitsunfähigkeit nicht rentenrelevant sein soll. Die neuropsychologische Abklärung von 2014 sei im Zusammenhang mit dem Burnout unzureichend gewürdigt worden und es sei aufgrund der bestehenden Progression eine erneute Beurteilung notwendig. Zudem bestehe eine sehr schwer negativ interferierende Endokrinopathie. Konkret bedürfe es eines multidisziplinären Gutachtens. Alleine die Kombination Erschöpfungsdepression/Burnout/kognitive Einbussen begründe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Der hierzu komorbide Hypogonadismus begründe wenigstens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und das frühe Herzleiden führe bei einer ängstlich disponierten und mittlerweile schweren (Erschöpfungs-) Depression zu einer Teilarbeitsunfähigkeit von schätzungsweise 30 %.

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 29. August 2019 (AB 64) zum Schreiben von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2019 (AB 59/3 f.) fest, für die darin attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit finde sich keine plausible somatisch abgestützte Begründung. Auch seien die weiter angenommenen verschiedenen Teilarbeitsunfähigkeiten aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar. Entgegen Dr. med. G.\_\_\_\_\_ habe der RAD die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung von 2014 gewürdigt, wobei weder gestützt darauf noch auf das MRT des Gehirns objektive Hinweise für eine organisch bedingte kognitive Beeinträchtigung bestünden. Gegen eine leistungsrelevante Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten sprächen auch die langjährige Berufsausübung in einer intellektuell anspruchsvollen Tätigkeit, die Rezertifizierung als ... im Oktober 2015, die Fremd- und Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in den Case Management-Berichten der D.\_\_\_\_\_ zum laufenden Arbeitsversuch und das Stellenbewerbungsschreiben des Beschwerdeführers von Dezember 2017. Es bestehe daher – in Übereinstimmung mit dem beratenden Arzt der D.\_\_\_\_\_ – kein weiterer Abklärungsbedarf, namentlich nicht vermittels eines Gutachtens.

**3.1.8** In der Stellungnahme vom 24. September 2019 (AB 66) führte die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ aus, für das von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ beschriebene schwere depressive Zustandsbild lägen keine objektiven Befunde wie etwa ein Psychostatus nach AMDP vor. Die von der D.\_\_\_\_\_ dokumentierte zeitliche Belastbarkeit, die Selbstsicherheit und Teamfähig-

keit des Beschwerdeführers, die Anwendung seiner fachlichen Kompetenzen und die Selbstbehauptungsfähigkeit, die dokumentierte Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sowie ein fehlendes depressionstypisches Morgentief sprächen allesamt gegen das Vorliegen eines schwer depressiven Zustandsbildes. Wie bereits im RAD-Bericht vom 9. April 2019 (AB 47) dargelegt, bestünden entgegen med. pract. E. \_\_\_\_\_ bzw. Dr. med. dipl. psych. F. \_\_\_\_\_ keine objektiven Befunde im psychiatrischen Fachgebiet, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Ferner werde in einem zuhanden der D. \_\_\_\_\_ von lic. phil. J. \_\_\_\_\_, Psychologin (vgl. <<https://www.....ch/...>>, Aufruf vom 7. Juli 2020; ein Eintrag im Eidgenössischen Psychologieberuferegister <<https://www.psyreg.admin.ch/ui/personensearch>> besteht nicht) erstellten und von med. pract. E. \_\_\_\_\_ visierten Bericht vom 19. April 2019 (AB 62/36 f.) u.a. eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) diagnostiziert. Ein hierfür gemäss ICD-10-Klassifikation vorausgesetztes traumatisierendes Ereignis in den letzten sechs Monaten sei nicht aktenkundig und die behandelnden Ärzte hätten in früheren Berichten keine entsprechende Diagnose gestellt. Daneben sprächen auch das dokumentierte freundliche und offene Kontaktverhalten, die vom Beschwerdeführer beschriebene gute Schlafqualität, die gute Teamintegration, das Pflegen von sozialen Kontakten mit anderen Mitarbeitern sowie das hohe Interesse an der Arbeit gegen das Vorliegen einer PTBS.

**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).

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. Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

### **3.3**

**3.3.1** Die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärzte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 9. April und 29. August 2019 (AB 48, 64) und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 9. April und 24. September 2019 (AB 47, 66) erfassen den gesamten medizinischen Sachverhalt und stützen sich auf die vollständigen jeweiligen Vorakten. Dabei legten die RAD-Ärzte die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend. Diesbezüglich ergeben sich weder aus den medizinischen Akten noch der Dokumentation zur beruflichen Wiedereingliederung der D. \_\_\_\_\_ (vgl. dazu E. 3.3.4 hiernach) Anhaltspunkte, welche auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Einschätzungen zu wecken vermögen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt verfängt sodann ebenfalls nicht, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

**3.3.2** In somatischer Hinsicht legte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 9. April 2019 (AB 48/4 f.) einlässlich begründet und im Einklang mit den entsprechenden fachärztlichen Untersuchungsberich-

ten (vgl. etwa AB 26.2/3 f., 6, 19 f. 104, 120 f.; 33/21 ff.) dar, dass gestützt auf die aktenkundigen klinischen und bildgebenden Abklärungen zwar eine gewisse körperliche Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule sowie degenerative Veränderungen an der rechten Schulter bestehen, diese jedoch nicht geeignet sind, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer anderweitigen körperlich leichten Tätigkeit eine dauerhafte Einschränkung zu bewirken. Dies ist angesichts der von der Arbeitsgeberin des Beschwerdeführers beschriebenen Tätigkeitsgebiete (Konzeptarbeiten, Koordination und Organisation, Korrespondenz, Gesprächsführung, Administrative Arbeiten, Mitarbeiterführung und Kontrolle [AB 32/7 Ziff. 5]) und den damit verbundenen relativ geringen körperlichen Anforderungen nicht zu beanstanden. Weiter zeigte der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den echtzeitlichen fachärztlichen Abklärungen auf, dass die weiteren körperlichen Befunde ebenfalls keine anspruchrelevante Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit zu bewirken vermögen. Der Hormonmangel infolge Orchidektomie im Jahr 2004 wurde substituiert (vgl. AB 33/28 f.), die vormals signifikante Einengung eines Herzkranzgefässes (RIVA) wurde im Jahr 2008 mit einem ausgezeichneten Langzeitvaskularisationsresultat behoben (AB 26.2/89 f.) und aufgrund einer Endoskopie der Speiseröhre im Oktober 2018 konnte kein Rezidiv der Oesophagitis festgestellt werden (vgl. AB 43.2/19, 33/26 f.). Damit besteht auf dem somatischen Gebiet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein anspruchsbegründender Gesundheitsschaden, der eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten ...-administrativen oder einer vergleichbaren, körperlich leichten Tätigkeit zur Folge hätte.

Demgegenüber sind die abweichenden Einschätzungen des behandelnden Hausarztes und Endokrinologen Dr. med. G.\_\_\_\_\_, namentlich im Arztbericht vom 9. November 2018 (AB 39) und mit Schreiben vom 4. Juli 2019 (AB 59/3 f.), welche im Wesentlichen gestützt auf die subjektiven Beschwerdenschilderungen ohne Vornahme einer entsprechenden medizinische Plausibilisierung bzw. Objektivierung (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) erfolgten, nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der RAD-ärztlichen Beurteilung zu wecken. Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ widerlegte denn auch die pauschalen Einwände sowie die auf unbelegten fachfremden diagnostischen Mutmassungen beruhenden Arbeitsunfähig-

keitseinschätzungen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Schreiben vom 4. Juli 2019 (AB 59/3 f.) im Rahmen der zweiten Stellungnahme vom 29. August 2019 (AB 64/3 f.) im Einzelnen vollumfänglich. Neben dem Umstand, dass es sich bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_ um den behandelnden Arzt des Beschwerdeführers handelt, wobei diesbezüglich rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte und behandelnden Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3), ergibt sich aus dem sinngemässen ärztlichen Einwand vom 4. Juli 2019 (AB 59/3 f.) gegen den negativen Vorbescheid vom 11. April 2019 (AB 49; vgl. ferner das Schreiben vom 29. Januar 2019 [AB 43.2/5]), dass sich Dr. med. G.\_\_\_\_\_ mit den Interessen des Beschwerdeführers über das Mass hinaus identifiziert, das von einem behandelnden Arzt oder Therapeuten zu erwarten wäre. Aufgrund dieses Rollenwechsels vom behandelnden Fach- und Hausarzt zum Parteivertreter, kommt den Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auch aus diesem Grund von Vorherein nur sehr begrenzter Beweiswert zu (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8C\_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2).

**3.3.3** In psychiatrischer Hinsicht legte die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in ihrer ersten Beurteilung vom 9. April 2019 (AB 47) – gestützt auf eine umfassende Würdigung des psychiatrischen und neuropsychologischen Sachverhaltes im zeitlichen Längsverlauf (vgl. AB 47/3 ff.) – einlässlich und überzeugend begründet dar, dass die von den behandelnden Psychiatern diagnostizierte mittelgradige depressive Störung nach den klassifikatorischen Vorgaben gemäss ICD-10 nicht nachvollziehbar sei (AB 47/14 ff.). So gründet die von med. pract. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 27. April 2018 (AB 33/8 f.) erstmals diagnostizierte und anschliessend von Dr. med. dipl. psych. F.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 12. September 2018 (AB 33/1-6) unkritisch übernommene affektive Störung im Wesentlichen auf den nicht massgebenden subjektiven Beschwerdeangaben (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Eine kritische Würdigung der vorgetragenen Beschwerden bzw. den anamnestischen Angaben i.S.e. rechtsprechungsgemäss vorausgesetzten sorgfältigen Plausibilisierung (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) erfolgte demgegenüber nicht. Weiter wer-

den sowohl von den behandelnden Psychiatern med. pract. E. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 33/8) und Dr. med. dipl. psych. F. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 33/4 f.) wie auch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 33/10 „Aktuelle Diagnosen“) wiederholt verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) aufgeführt, namentlich die Umstrukturierung und Verlegung des Arbeitsplatzes, Mobbing durch verschiedene aggressive Chefs und eine Überforderung in der aktuellen leitenden beruflichen Funktion (vgl. auch AB 47/12). Diese Umstände waren für die erfolgte psychische Dekompensation subjektiv (AB 33/3) wie auch gemäss den behandelnden Ärzten ursächlich. Letztere gingen demnach offenkundig von einem – im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG jedoch nicht massgebenden – „bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell“ (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Februar 2019, 9C\_813/2018, E. 4.3.1; BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.) aus. Vielmehr haben die durch die vorgenannten sozialen Belastungsfaktoren bewirkten negativen funktionellen Folgen vorliegend ausser Acht zu bleiben (vgl. E. 2.2.4 hiervor; vgl. Entscheid des BGer vom 20. Januar 2020, 8C\_559/2019 E. 3.2 mit Hinweisen). Ein über dieses reaktive Geschehen hinausgehender, verselbstständigter psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert wurde sodann von der RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gestützt auf die weitgehend unauffälligen Befunde im Psychostatus und die umfassenden anamnestischen, beruflichen, freizeithlichen und sozialen Ressourcen (vgl. AB 47/16 f., 66/4 ff.) überzeugend begründet verneint. Zu den weiter von den behandelnden Ärzten erwähnten „multimorbiden somatischen Belastungen“ (vgl. AB 33/8, 39/2 Ziff. 2.5 erstes Lemma) ist sodann zu wiederholen (vgl. E. 3.3.2 hier-vor), dass keine anspruchrelevante Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit in der angestammten und einer vom körperlichen Belastbarkeitsprofil her vergleichbaren Tätigkeit besteht. Die beschriebene psychophysische Erschöpfung bzw. das Burnout – das keiner Erkrankung im Sinne eines anerkannten internationalen Klassifikationssystems entspricht und als solches nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1; vgl. auch Entscheid des BGer vom 20. Juni 2018, 8C\_127/2018, E. 5.2.1 mit Hinweis) – beruhen damit insgesamt nicht auf einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten physischen bzw. psychischen Pathologie.

Hinsichtlich der erst im Bericht vom 19. April 2019 (AB 62/36 f.) von der Psychologin lic. phil. J. \_\_\_\_\_ diagnostizierten PTBS ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen anamnestischen Angaben lediglich bis 2005 mit der K. \_\_\_\_\_ in Krisengebieten stationiert war (vgl. AB 33/2 f.) und zudem aus den Akten weder in diesem Zusammenhang noch zu einem anderen Zeitpunkt ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere hervorgeht. Gemäss den diagnostischen Leitlinien soll eine PTBS indessen nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem derartigen Ereignis aufgetreten ist (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 208). Da vorliegend ein solches katastrophales Ereignis fehlt (vgl. auch AB 66/6), ist die Diagnose bereits aus diesem Grund nicht nachvollziehbar (vgl. SVR 11/2019 IV Nr. 83 S. 275 f.). Im Übrigen legte die RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 24. September 2019 (AB 66/6 f.) einlässlich begründet dar, dass auch das Kontakt- und Sozialverhalten, die vom Beschwerdeführer geschilderte Schlafqualität und die Rückmeldungen des Teamleiters des Beschwerdeführers gegen das Vorliegen einer PTBS sprechen.

Zu keinem anderen Ergebnis führen die Ergebnisse der vergangenen neuropsychologischen Untersuchungen in den Jahren 2011 und 2014 (vgl. AB 6/7 ff., 33/28 f.), aus denen sich keine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten respektive einer vergleichbaren angepassten Tätigkeit entnehmen lässt. Zwar wurde anlässlich derjenigen im Jahr 2014 eine leichte neuropsychologische Störung im Bereich von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen wahrscheinlich im Rahmen der verschiedenen Grunderkrankungen beschrieben (vgl. AB 6/12), jedoch ohne diese fachärztlich anhand eines anerkannten Klassifikationssystems diagnostisch einzuordnen (vgl. E. 2.2.1 hiavor) oder hieraus eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten. Es wurden lediglich Empfehlungen zu den Arbeitsbedingungen abgegeben. Zu den Abklärungsergebnissen zeigte die RAD-Ärztin weiter auf, dass in beiden Testungen die höheren kognitiven Leistungen allesamt normal bis überdurchschnittlich gewesen seien und die dokumentierten Leistungsschwankungen auf ein willentlich gesteuertes Leistungsverhalten

zurückzuführen seien (AB 47/15). Eine massgebende Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens lässt sich vor diesem Hintergrund nicht feststellen. Zudem handelt es sich bei den neuropsychologischen Abklärungen lediglich ein Mittel der Zusatzdiagnostik, deren Befunde – wie vorliegend erfolgt (vgl. AB 47/14 ff., 66/4 ff.) – in die fachärztlich zu erfolgende versicherungsmedizinische Würdigung miteinzubeziehen ist (vgl. SVR 10/2019 IV Nr. 78, 9C\_752/2018; Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C\_584/2018, E. 4.1.1.2, mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; vgl. auch SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1). Wenn die RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ daher in der abschliessenden Stellungnahme vom 24. September 2019 (AB 66/5 f.) gestützt auf die somatische Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (AB 64) und bei fehlender objektiver Grundlage für die von Dr. med. dipl. psych. F. \_\_\_\_\_ gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers postulierte Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten auf erneute neuropsychologische Abklärungen verzichtete, ist dies nicht zu beanstanden.

**3.3.4** Für eine erhaltene Arbeitsfähigkeit sprechen schliesslich auch die zeitnahen Angaben in den Akten der D. \_\_\_\_\_, indem die Case-Management-Berichte zum ab April 2019 gestarteten Arbeitsversuch im C. \_\_\_\_\_ im Bereich ... und ... durchwegs positiv ausfielen. Der Beschwerdeführer habe sich nach einer anfänglichen Unsicherheit ohne grössere Probleme in die Gruppe einbringen und das Pensum steigern können. Gemäss Selbst- und Fremdeinschätzung sei der Beschwerdeführer selbstsicherer und belastbarer geworden; seine Organisation und die Arbeitsqualität seien nicht zu beanstanden (AB 62/3 f.). Der Beschwerdeführer fühlte sich zudem sehr gut im Team aufgenommen und integriert und beschrieb die neue Aufgabe als hochspannend (AB 62/14). Eine massgebende Einschränkung der Arbeits- und Partizipationsfähigkeit ist unter diesen Umständen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Soweit demgegenüber im Bericht des M. \_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 (AB 43.2/17 f.) gestützt auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte ein Wiedereinstieg in die angestammte Tätigkeit bei der K. \_\_\_\_\_ nicht mehr als sinnvoll erachtet bzw. hierfür die medizinische Tauglichkeit verneint wird, entbehrt dies dem Voranstehenden zufolge (vgl. E. 3.3.2 f. hier-

vor) einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten objektiven medizinischen Basis. Namentlich ergibt sich aus den aktuellen medizinischen Akten keine hinreichende Grundlage, welche im Gegensatz zur früheren Tauglichkeitseinschätzung des M. \_\_\_\_\_ vom 25. April 2016 (AB 29.3/7) eine massgebende Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nahelegen würde.

Schliesslich begründet auch das im Beschwerdeverfahren eingereichte Schreiben des ... der L. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 4) keine Zweifel an den überzeugenden RAD-ärztlichen Beurteilungen des psychischen bzw. physischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Denn die im besagten Schreiben festgehaltene fehlende Einsatzfähigkeit in der neu ab 1. Januar 2018 zugewiesene Funktion ... entbehrt wiederum einer hinreichenden medizinischen Grundlage (vgl. E. 3.3.2 f.). Eine allenfalls (erst nachträglich erkannte) unzureichende fachliche oder persönliche Eignung für die neue, im Rahmen der Umstrukturierung der L. \_\_\_\_\_ zugewiesene und fachlich anspruchsvollere höhere leitende Aufgabe fällt demgegenüber nicht in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung.

**3.4** Zusammenfassend erfüllen die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärzte Dres. med. H. \_\_\_\_\_ (AB 48, 64) und I. \_\_\_\_\_ (AB 47, 66) somit die Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsinterne Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat folglich den medizinischen Sachverhalt mit Blick auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 117 V 282 E. 4a S. 283) rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sie in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweisvorkehrungen, namentlich das Einholen eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens, verzichten durfte (vgl. E. 3.2 hiavor; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

**3.5** Nach dem Dargelegten liegt beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) kein fachärztlich nachgewiesener verselbstständigter invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeits-

fähigkeit vor und in somatischer Hinsicht bestehen keine anspruchrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkung auf das Zumutbarkeitsprofil in der angestammten bzw. einer anderweitigen vergleichbaren Tätigkeit. Damit liegt keine Invalidität im Rechtssinne vor und demzufolge hat der Beschwerdeführer kein Anspruch auf Rentenleistungen. Die angefochtene Verfügung vom 21. Oktober 2019 (AB 71) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Es besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

#### **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):

- Rechtsanwalt 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.