

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 9. September 2014 abgewiesen (9C\_463/14).

**200 13 972 IV**  
FUR/TOZ/ARJ

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Mai 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. **C.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Oktober 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 29. Mai 2008 unter Hinweis auf eine Depression und ein Burnout zur Früherfassung und am 14. Juli 2008 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1 und 6). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und Durchführung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (darunter Aufbautraining [AB 39], Arbeitstraining [AB 47], Umschulung zum ... bzw. ... [aber ohne erfolgreichen Abschluss; AB 99, 113], Arbeitsversuch [129, 131], Informatikkurs [132]) veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 19. Juli 2013; AB 139.1). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 31. Juli 2013 (AB 141) dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 16. September 2013 (AB 149) fest und wies - nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 26. September 2013 (AB 153) - mit Verfügung vom 1. Oktober 2013 (AB 155) das Rentenbegehren ab.

### **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_, am 1. November 2013 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde erheben und die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes beantragen. Es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten anzuordnen und über den Rentenanspruch neu zu befinden.

Mit Eingabe vom 4. November 2013 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 1. Oktober 2013 (AB 155). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2** 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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 Er-

werbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.4** Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 14. August 2008 (AB 11) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) und eine Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.1). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 8. Mai bis 12. Juni 2006 und vom 1. Juni 2007 bis auf weiteres (AB 11 S. 1). Der Beschwerdeführer wirke bedrückt und verunsichert. Er klage unter anderem über Antriebslosigkeit, innere Anspannung, Interesselosigkeit, Suizidgedanken (zeitweise), Schlafstörung, Selbstzweifel, Lustlosigkeit und Zukunftsangst (Existenzangst). Die Stimmung sei wechselhaft. Der Arzt wies auf psychosoziale Belastungsfaktoren (ungewisse berufliche Zukunft, Stellenverlust der Ehefrau) hin (AB 11 S. 3). Die bisherige Tätigkeit im ... sei kaum mehr zumutbar, der Beschwerdeführer würde rasch scheitern. Für die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit seien berufliche Massnahmen notwendig (AB 11 S. 4).

Im Verlaufsbericht vom 6. August 2010 (AB 56) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ einen verbesserten Gesundheitszustand und eine unveränderte Diagnose fest. Es beständen aber weiterhin depressive Verstimmungen und Ängste. Bezüglich des Praktikums liege ein guter Verlauf vor. Der Alkoholkonsum sei stark reduziert worden (AB 56 S. 1). Die Umschulung zum ... sei sinnvoll. Der Beschwerdeführer habe die bisherigen Prüfungen und Kurse erfolgreich absolviert. Die Psychotherapie mit wöchentlicher Konsultation sowie die medikamentös-antidepressive Behandlung würden fortgesetzt. Prognostisch könne eine weitere Stabilisierung erwartet werden (AB 56 S. 2).

Am 18. August 2011 berichtete Dr. med. E. \_\_\_\_\_ über einen stationären bis leicht verschlechterten Gesundheitszustand. Der Verlauf sei wechselhaft, wobei der Beschwerdeführer immer arbeitsfähig geblieben sei. Der Beschwerdeführer habe das Praktikum bei der Firma F. \_\_\_\_\_ zur Zufriedenheit aller Beteiligten absolvieren können. Neben der Ausbildung sei eine Reduktion des Arbeitspensums auf 60 % notwendig gewesen (AB 80 S. 3). Die Beendigung des Praktikums habe den Beschwerdeführer belastet. Dieser habe sogar einen Abbruch der Ausbildung erwogen; in der Zwischenzeit habe er sich wieder aufgefangen (AB 80 S. 4).

In einem weiteren Bericht vom 22. November 2012 (AB 115) attestierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine seit 2008 bestehende 50 %ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als .... Der Beschwerdeführer klagte unter anderem über Ohnmachtsgefühle, Selbstzweifel, innere Unruhe, Lustlosigkeit sowie verschiedene Ängste (u.a. Versagensangst, Existenzangst, Prüfungsangst). Rezidivierend würden mehrwöchige Episoden mit schwerer depressiver Symptomatik, sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität auftreten, so z.B. im Winter 2010/2011 und erneut im Herbst 2012. Die Stimmung sei zurzeit bedrückt. Die Konzentration, Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien zeitweise vermindert (AB 115 S. 3). Die angestammte Tätigkeit im ... (...) sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei hingegen die bisherige Praktikumstätigkeit, wobei das Praktikum nicht mehr verlängert werde. Der Beschwerdeführer habe aufgrund der psychischen Einschränkung die Ausbildung zum ... resp. die Umschulung nicht abschliessen können. Möglich sei nur eine Tätigkeit mit verminderter Leis-

tungsfähigkeit, verminderter Belastbarkeit sowie reduzierter Arbeitszeit in einem weniger qualifizierten Bereich (AB 115 S. 4).

**3.1.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 19. Juli 2013 (AB 139.1) eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2; AB 139.1 S. 13). Aufgrund des Psychostatus sowie der erhobenen Testresultate (Montgomery-Asperg Depression Rating Scale [MADRS]) könnten keine relevanten psychopathologischen Befunde objektiviert werden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer zwar leicht unsicher, dabei jedoch unter anderem in den Bereichen der äusseren Erscheinung, des Antriebs, der Mnestik, der Affektmodulation, der Steuerungsfähigkeit, der Psychomotorik und der formalen Denkabläufe vollständig unauffällig. Erkennbar sei hingegen eine Verdeutlichungstendenz. Die ICD-Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt. Sie liessen sich auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für irgendeinen Zeitpunkt aufgrund der Akten belegen. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass; es bestünden keine Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (AB 139.1 S. 15). Die Verstimmungen erklärten sich vollständig als Teil einer gemischten Angst und depressiven Störung sowie der psychosozialen Faktoren (Herkunft, Migration, Lebensalter, Lage am Arbeitsmarkt, persönliche Berufswünsche, finanzielle Sorgen bzw. Schulden; AB 139.1 S. 17) und begründeten alleine nicht ausreichend eine eigenständige depressive Episode nach ICD-10 (AB 139.1 S. 15 f.). Auch die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) als eigenständige Störung sei nicht begründbar. Es stünden - wie beim depressiven Syndrom - weit überwiegend allein subjektive Klagen im Vordergrund. Tatsächliche Befunde (wie bspw. beobachtbares Vermeidungsverhalten) seien nicht dokumentiert. Vorliegend seien die diagnostischen Kriterien einer gemischten Angst und depressiven Störung (ICD-10 F41.2) erfüllt. Die vom Beschwerdeführer genannten (und in den Akten erwähnten) vielfältigen unspezifischen ängstlichen und depressiven Symptome erfüllten jeweils für sich genommen nicht ausreichend die Definitionen der zugehörigen Kategorien (bspw. depressive Episode, Angststörungen wie Agoraphobie, Panikstörung). Die Störung nach ICD-10 F41.2 habe sich im Jahr 2007 - nach zeitlicher Abfolge von diversen Ereignissen (Konkurs der eige-

nen ... Firma [2004], langjährige Erwerbslosigkeit [2004 bis 2006], gescheiterte berufliche Hoffnungen [2007]) - entwickelt. Seither stünden weiterhin psychosoziale Faktoren weit überwiegend im Vordergrund (AB 139.1 S. 16). Grundsätzlich seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht alle Funktionen objektiv ausreichend vorhanden (AB 139.1 S. 18). Es liege keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit (für sämtliche vom Beschwerdeführer bislang ausgeübten Tätigkeiten) vor (vgl. berufliche Reintegration ab 2009; AB 139.1 S. 17); dies spätestens seit dem Begutachtungszeitpunkt (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Beginn der beruflichen Massnahmen im Februar 2009; AB 139.1 S. 19). Dem Beschwerdeführer sei eine Willensanstrengung zur Überwindung seiner (v.a. subjektiv erlebten) Beschwerden zumutbar (AB 139.1 S. 18); der von ihm selbst erwähnte angemessene Umgang mit den nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen lasse auf ausreichende innerseelische Ressourcen schliessen. Bei der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien auch krankheitsfremde Gesichtspunkte (Verdeutlichungstendenz und psychosoziale Faktoren) berücksichtigt und von krankheitsbedingten, objektivierten Befunden abgegrenzt worden (AB 139.1 S. 17). Die abweichende diagnostische Beurteilung des behandelnden Psychiaters und dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien zunächst dadurch zu erklären, dass dieser von einem therapeutischen bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgegangen sei. Er habe sich dabei auch vorwiegend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt (AB 139.1 S. 17 f.). Des Weiteren fehle eine differenzierte Beschreibung und/oder Diskussion der Diagnosen mit Bezug auf das Klassifikationssystem (AB 139.1 S. 14). Abschliessend hielt der Gutachter fest, dass im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine Linderung der subjektiven Belastung und eine Unterstützung der beruflichen Reintegration sowie des funktionalen Umgangs mit den Beschwerden erreicht werden könne (AB 139.1 S. 19).

**3.1.3** Stellung nehmend zum Gutachten hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 30. August 2013 (AB 149 S. 3 bis 9) fest, er habe gestützt auf die ICD-Kriterien eine Agoraphobie und rezidivierende depressive Störung, zum Teil schwere Episoden, diagnostiziert. Die Diagnosekriterien nach ICD-10 seien ihm nach 30-jähriger Berufserfahrung bekannt. Die Verlaufs-

berichte der Invalidenversicherung seien nicht so konzipiert, dass die genauen ICD-Kriterien erfragt würden (AB 149 S. 5 f.). Der Beschwerdeführer habe wiederholt unter schweren depressiven Episoden mit akuter Suizidalität gelitten, so im Dezember 2010, September 2012 und Januar 2013 (AB 149 S. 6). Des Weiteren seien die psychosozialen Faktoren - entgegen der gutachterlichen Ausführungen - nicht Ursache, sondern Folge der psychischen Erkrankung. Sodann könnten die vom Gutachter angewandten Testuntersuchungen höchstens die aktuelle Situation wiedergeben. Der Psychiater kritisierte dabei insbesondere den MADRS-Test (AB 149 S. 7). Schliesslich seien die Ergebnisse der beruflichen Abklärungen nicht berücksichtigt worden (AB 149 S. 5).

**3.1.4** Hierzu nahm Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, am 26. September 2013 Stellung und kam zum Schluss, das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2013 sei schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Der Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. August 2013 enthalte keine neuen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Gleiches gelte auch in Bezug auf die beruflichen Abklärungsergebnisse. Schliesslich habe sich der Gutachter mit der divergierenden Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt und dabei auf das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell hingewiesen (AB 153 S. 2).

**3.2** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2013 (AB 155) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2013 (AB 139.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ legte überzeugend und schlüssig dar, weshalb die ICD-Kriterien einer gemischten Angst und depressiven Störung erfüllt seien bzw. eine eigenständige Diagnose einer depressiven Episode oder Agoraphobie mit Panikattacken nach ICD-10 nicht begründet werden könne (AB 139.1 S. 15 f.). Dabei setzte er sich neben Anamnese, Psychostatus und Untersuchungsbefund ausführlich mit den bisherigen psychiatrischen Beurteilungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auseinander (AB 139.1 S. 9 ff. und S. 17 f.). Weiter begründete er nachvollziehbar, dass eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit (für jegliche Erwerbstätigkeiten) nicht vorliege und eine Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem subjektiv erlebten Beschwerden zumutbar sei (AB 139.1 S. 17). Dies entspricht auch der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach die Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren sei, was überhaupt noch als krank-

heitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten könne (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. Februar 2014, 8C\_55/2014, E. 4.3).

Aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 14. August 2008, 6. August 2010, 18. August 2011, 22. November 2012 und 30. August 2013 (AB 11, 56, 80, 115 und 149 S. 3 bis 9) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zunächst konnte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht nur mit dem durchgeführten MADRS-Beurteilungsverfahren (AB 139.2 S. 9 bis 11) kein ausreichend objektiviertes depressives Syndrom feststellen, sondern auch mittels des Psychostatus des Beschwerdeführers keine depressive Episode objektivieren (AB 139.1 S. 15). Er setzte sich somit unter verschiedenen Gesichtspunkten mit der Frage auseinander, ob eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 vorliege, und konnte eine solche mit nachvollziehbarer Begründung nicht diagnostizieren. Zu beachten ist ferner, dass das Beschwerdebild nach der gesamten Aktenlage seit Jahren in nicht unerheblichem Masse von invaliditätsfremden und daher auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren (AB 139.1 S. 17) und damit verbundenen emotionalen Konflikten (u.a. berufliche Versagens- und Zukunftsängste, Existenzängste; AB 11 S. 3) geprägt wird. Der Gutachter stellte zudem eine Verdeutlichungstendenz fest (AB 139.1 S. 15). In diesem Zusammenhang wies der RAD-Psychiater Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zutreffend auf die verschiedenen versicherungsmedizinisch ausgerichteten Stellungnahmen resp. die Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen hin (AB 153 S. 2). Was die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ festgehaltene (wiederkehrende) akute Suizidalität angeht (AB 149 S. 6), so sind in keinem seiner Berichte Suizidverhalten (Suizidversuch) oder konkrete Ausführungspläne dokumentiert. Aufgrund des Psychostatus konnte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ keine (akute) Suizidalität feststellen. Vielmehr hielt er fest, der Beschwerdeführer sei von einer Suizidalität distanziert (AB 139.1 S. 12). Sodann enthalten die Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ - wie der RAD-Psychiater Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zutreffend ausgeführt hat (AB 153 S. 2) - keine Befunde resp. wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Be-

schwerde, S. 8 f.) erstellte der Gutachter die Expertise auch in Kenntnis der Ergebnisse der beruflichen Eingliederungsmassnahmen, was aus der Aktenzusammenstellung und Beurteilung klar hervorgeht (AB 139.1 S. 2 und 19). Weiter kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an (vgl. Beschwerde, S. 8). Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des BGer vom 28. November 2013, 9C\_263/2013, E. 5.4), was vorliegend der Fall ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des BGer vom 11. Juli 2012, 8C\_215/2012, E. 7.3). Für die Annahme, dass die psychiatrische Exploration durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht sorgfältig vorgenommen wurde oder das Mass an gutachtlicher Eigenwahrnehmung unzureichend war, liegen keine Anhaltspunkte vor, zumal der Gutachter wesentliche unbestrittene Angaben (etwa betreffend Biografie, Familien-, Berufs- und Arbeitsanamnese; AB 139.1 S. 3 f.) den Vorakten bzw. den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ entnehmen konnte. Im Übrigen kann hier zusätzlich auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits hingewiesen werden (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

#### 4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Expertise von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2013 (AB 139.1) zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiavor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bzw. auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

**5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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.

Vorliegend werden die Verfahrenskosten gerichtlich auf Fr. 700.-- festgesetzt, dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung 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

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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