

200 14 265 IV
GRD/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch B. _____,
Fürsprecher C. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A._____, ... Staatsangehöriger, reiste im November 1994 in die Schweiz ein und war in der Folge für verschiedene Arbeitgeber tätig. Nachdem seine letzte langjährige Anstellung bei der D._____ mit Wirkung auf den 30. April 2010 gekündigt worden war, bezog er Taggelder der Arbeitslosenversicherung.

Am 13. Oktober 2010 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit ca. 12 Jahren bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen (Bandscheibenschaden, Arthrose, Rückenverkrümmung, linkes Knie) bei der IV-Stelle Bern (IVB) für Berufliche Integration/Rente an (Akten der IVB [act. II] 1).

Die IVB holte erwerbliche (act. II 8, 9) sowie medizinische (act. II 13, 14, 15) Unterlagen ein und liess den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Dr. med. E._____, FMH Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, zu letzteren bzw. zum Zumutbarkeitsprofil Stellung nehmen (act. II 20 S. 3).

In der Folge begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung (act. II 21), worüber die IVB bei den Psychiatrischen Diensten SRO, Langenthal, einen Bericht (act. II 22) sowie weitere medizinische Unterlagen (act. II 26, 28, 35, 48) und die Akten des Krankenversicherers (Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG; act. II 49.1 und 49.2) einholte.

Am 21. Februar 2012 nahm der RAD-Arzt Dr. med. E._____ zu den ergänzten Unterlagen Stellung und bestätigte aus somatischer Sicht das im Bericht vom 14. Februar 2011 definierte Zumutbarkeitsprofil; aus psychiatrischer Sicht sei ab 1. Februar 2011 nur noch ein Pensum von 50% möglich, welches durch Eingliederungsmassnahmen schrittweise auf ein volles Pensum gesteigert werden sollte (act. II 55 S. 4).

Für die Zeit vom 27. August bis 18. November 2012 ordnete die IVB eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle F._____ an (act. II 70),

welche wegen einer ärztlich attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. Oktober 2012 per 6. November 2012 abgebrochen wurde (act. II 79); den Bericht über die absolvierte Abklärung erstattete die Abklärungsstelle F. _____ am 16. November 2012 (act. II 80).

Nach Einholen weiterer Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 84, 86) veranlasste die IVB eine bidisziplinäre (Fachdisziplinen Orthopädie und Psychiatrie) Begutachtung; die Gutachten wurden ab 25. April (act. II 90.2) bzw. am 21. Mai 2013 (act. II 90.1) vorgelegt.

B.

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 25. Juni 2013 die Ausrichtung einer vom 1. Mai 2011 bis 31. Dezember 2012 befristeten Rente (IV-Grad ab 1. Mai 2011: 55% und ab 1. Januar 2013: 33%) in Aussicht (act. II 94).

Aufgrund des hiergegen vom Versicherten, vertreten durch B. _____, Sozialarbeiterin G. _____, am 28. August 2013 unter Hinweis auf die beigelegten Berichte der behandelnden Ärzte erhobenen Einwandes (act. II 96) holte die IVB auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. E. _____ (act. II 99 S. 2) eine Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters ein (act. II 101).

Im Lichte dieser Ergänzung ermittelte die IVB nunmehr einen Invaliditätsgrad von 19%, worauf sie am 20. November 2013 einen – denjenigen vom 25. Juni 2013 annullierenden und ersetzenden – Vorbescheid erliess, mit dem sie die Abweisung des Rentenbegehrens ankündigte (act. II 102). Am 12. April 2014 verfügte sie entsprechend dem Vorbescheid; zu dem am 9. Januar 2014 erhobenen Einwand (act. II 104) nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 107).

C.

Mit Beschwerde vom 17. März 2014 lässt der Versicherte, vertreten durch B._____, Fürsprecher C._____, beantragen, die Verfügung vom 12. Februar 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass nach der schlüssigen Expertise in Verbindung mit der ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Mai 2013 mit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Durch die Vorladung, in einem Strafprozess vor dem Gericht in ... auszusagen, sei es zu einer erneuten Dekompensation der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Retraumatisierung gekommen. Neben dieser Diagnose und diversen somatischen Diagnosen sei eine rezidivierende Depression mit teils mittelgradigen und teils leichten Episoden festgestellt worden. Dagegen bestünden nach dem Gutachten keine Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung oder ein syndromales Geschehen, womit die Frage nach einer psychischen Komorbidität bzw. dem Vorliegen der Foerster-Kriterien entfalle. Der depressiven Symptomatik – im Gutachten als eigenständige Krankheit aufgeführt – dürfe der invalidisierende Charakter deshalb nicht aberkannt werden.

Ferner wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege nachgesucht.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. April 2014 schliesst die IVB auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. Oktober 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 12. April 2014 (act. II 107). Streitig ist der Anspruch 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). Er-

werbsunfähigkeit 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).

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).

Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden, ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Res-

sources verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf PTBS (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Dezember 2012, 8C_483/2012, E. 4.2).

2.4 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.

2.5 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

2.6 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

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. Ausschlag-

gebend 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.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 In seinem Bericht vom 17. Dezember 2010 zuhanden der IVB hielt der Hausarzt, Dr. med. H. _____, FMH Innere Medizin, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Nacken-/Rücken-/Schulderschmerzen bei degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance, Kniegelenkbeschwerden ohne strukturelle Läsion (möglicherweise statisch bedingt), eine Fussdeformation mit Impingement sowie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Psoriasis fest. Der Patient sei in seiner Gehfähigkeit eingeschränkt; die vor der Arbeitslosigkeit ausgeübte Tätigkeit in einem Autoabbruch sei eher etwas zu schwer gewesen. Eine leichte Arbeit könne nach einem Arbeitsversuch allenfalls zugemutet werden. Die Fussprobleme könnten mit Einlagen verbessert werden. Zum Ausmass der Arbeitsfähigkeit äusserte er sich – nachdem er gegenüber der Arbeitslosenversicherung seit dem 3. Mai 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (act. II 7 S. 5) – nicht (act. II 13 S. 7 f.).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ wies am 14. Februar 2011 darauf hin, dass der Hausarzt die angegebenen Diagnosen nicht durch Befunde untermauert habe. Der Grund für die Krankschreibung zu 100% gegenüber dem RAV leuchte objektiv nicht ein. Einschränkungen beständen durch eine etwas verminderte Gehstrecke und allenfalls für körperlich stark belastende Arbeiten wegen der Rückenschmerzen und Kniebeschwerden ohne Befund. Dem Versicherten seien alle leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder sitzend, Gewichte Tragen bis 15 kg sowie einer auf 3 km limitierten Gehstrecke an einem Stück ohne weitere Leis-

tungseinschränkung mit vollem Pensum zumutbar; das Profil gelte ab 1. Mai 2010 (act. II 20 S. 3).

3.1.3 Die Psychiatrischen Dienste SRO, med. pract. I. _____, gab im Bericht vom 28. Februar 2011 als psychiatrische Diagnosen eine wahrscheinlich seit 2003 bestehende rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) sowie einen Verdacht auf PTSD (seit 1994) und als somatische Diagnose eine chronische Gastritis an. Derzeit bestehe aufgrund der Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und des Gedankenkreisens eine deutlich reduzierte psychische Belastbarkeit, deren Ausmass noch nicht beurteilt werden könne. Bezüglich des Verdachts auf PTSD sei der Versicherte bei Dr. med. J. _____ angemeldet worden (act. II 22).

3.1.4 Der beratende Arzt des Krankentaggeldversicherers (Allianz Suisse) hielt in seiner Beurteilung vom 16. April 2011 eine adaptierte Tätigkeit (wechselbelastend, mehrheitlich sitzend, bis mittelschwer) in vollem Umfang für zumutbar (act. II 49.2 S. 25 f.).

3.1.5 Dr. med. J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 15. August 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.10), sowie eine komplexe Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) fest. An objektiven Befunden gab er eine mässige Einschränkung von Gedächtnis, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit, emotionale Taubheit, Flashbacks, Intrusionen, gesteigerte Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, ausgeprägte Schlafstörungen, Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, gesteigerte kognitive Fokussierung und Einengung auf erlebte Traumatisierungen, Freud- und Zukunftslosigkeit, gehemmte Antriebslage, erhebliche Herabsetzung von Vitalgefühlen (Herabsetzung der Potenz, Verlust von Lebensfreude, Appetit- und Energielosigkeit) an; diese Einschränkungen führten zu einer erheblichen Einschränkung bei der Ausübung der bisherigen Tätigkeit. Eine längerfristige integrierte psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung sei angezeigt; bei gutem Verlauf und fehlenden Retraumatisierungsfaktoren sei vorstellbar, dass der Versicherte in ca. 3 – 4 Jahren wieder psychoemotional stabilisiert und in seinem sozial-beruflichen Umfeld integriert

werden könne (act. II 35). Im Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2011 attestierte Dr. med. J. _____ einen stationären Gesundheitszustand (act. II 48).

3.1.6 Am 21. Februar 2012 bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ aus somatischer Sicht das im vorangehenden Bericht ab 1. Mai 2010 formulierte Zumutbarkeitsprofil. Aus psychiatrischer Sicht erachtete er – nach telefonischer Besprechung mit dem behandelnden Psychiater – ab 1. Februar 2011 nur noch ein reduziertes Pensum von 50% für möglich, wobei dringend Eingliederungsmassnahmen notwendig seien. Vorerst sollte unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils mit einem Pensum von 50% im ersten Arbeitsmarkt gestartet und dieses nach 3 – 6 Monaten auf ein Vollpensum gesteigert werden. Zudem sollte er von einer ruhigen, möglichst stressfreien und verständnisvollen Umgebung profitieren können (act. II 55, insbesondere S. 4).

3.1.7 Im Rahmen einer stationären Behandlung berichteten die Psychiatrischen Dienste SRO am 12. Dezember 2012 von einem verbesserten Zustand; durch weiterhin langfristige therapeutische Begleitung könne es zu einer Reaktivierung der sozialen und beruflichen Ressourcen kommen. Die berufliche Wiedereingliederung sollte in einer geschützten Umgebung erfolgen, wo der Versicherte in einer ruhigen Abteilung mit weniger Leistungsdruck und regelmässigen Pausen arbeiten könne. Berufliche Massnahmen sowie ergänzende medizinische Abklärungen seien angezeigt (act. II 86).

3.1.8 Im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung durch das medizinische Gutachtenzentrum K. _____ hielt Dr. med. L. _____, FMH Orthopädie, als (somatische) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Discusprotrusion L5/S1 mit knappem Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 ohne Kompression beidseits, eine femorale Offsetstörung kranioventral mit Impingement in diesem Bereich und Chondropathie Grad II des rechten Hüftgelenks, einen Knick-/Senkfuss rechts mit lateralem Impingement und Talonavikulararthrose sowie USG-Arthrose und Ganglionbildung im Sinus tarsi sowie einen Senkfuss und Verdacht auf Arthrose im USG links fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Grossehngrundgelenksarthrose rechts und links, Adipositas, Nikotinabusus sowie

eine Allergie auf Penicilin und Sonne (act. II 90.1 S. 6). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig gelaufen werden müsse, insbesondere auf Treppen, Leitern, unebenem Boden und schrägen Ebenen, und die nicht mit häufigen inklinierten und reklinierten sowie rotierten Körperhaltungen und Positionen in der Hocke verbunden seien, könnten seit jeher bei voller Präsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zugemutet werden (act. II 90.1 S. 8).

3.1.9 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F33.1), bestehend von etwa 04/2010 bis 12/2012, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33), bestehend seit 01/2013, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), bestehend seit etwa 1994 (act. II 90.1 S. 19 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit für den Zeitraum 04/2010 bis 12/2012 aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Arbeitsfähigkeit von 40% bei vollem Pensum und seit etwa 01/2013 eine Arbeitsfähigkeit von 60% bei vollem Stundenpensum angenommen werden. In einer angepassten Tätigkeit (keine erhöhte emotionale Belastung, kein erhöhter Zeitdruck, keine erforderliche geistige Flexibilität, keine vermehrten Kundenkontakte, keine überdurchschnittliche Dauerbelastung) sei der Versicherte im Zeitraum 04/2010 bis 12/2012 bei vollem Stundenpensum als zu 50% und ab etwa 01/2013 bei vollem Stundenpensum als zu 75% arbeitsfähig zu betrachten (act. II 90.1 22 ff.).

3.1.10 Im von der B._____ veranlassten Bericht vom 19. August 2013 berichtete Dr. med. J._____ von einer Zunahme der Intensität der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung während der – dann vorzeitig abgebrochenen – Behandlung in der Akut-Tagesklinik (Austritt: 6. Februar 2013); die Struktur- und Rahmenbedingungen der Tagesklinik habe der Patient mit Umständen im Konzentrationslager assoziiert, was mit einer erheblichen Zunahme der aufdringlichen Erinnerungen an traumatische Erlebnisse einhergegangen sei und worauf er mit extremem Vermeidungsverhalten, dissoziativer und Angst-Symptomatik reagiert habe. Ein

Suizidversuch seiner Ehefrau habe zu einer erheblichen Verschlechterung seines psychischen Zustandes mit Symptomen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode geführt. Nach dem Austritt aus der Tagesklinik sei es zu einer erheblichen Belastung der – ohnehin schon durch die schwer traumatisierte Ehefrau sowie die kranken Kinder (der ältere Sohn leide an Minderintelligenz, der jüngere an den Folgen einer Hydrocephalus) beeinträchtigten und deshalb keine unterstützende Ressourcen darstellenden – Familiendynamik gekommen, was zu wechselwirkender Belastung und Überforderung führe. Die Beurteilung der klinischen Situation sowie der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Mai 2011 bis Januar 2013 sei im Gutachten korrekt erfolgt; seit Februar 2013 sei der Patient in eine tiefere depressive Phase gestürzt. Gestützt auf die Tatsache, dass es zur Entwicklung einer erheblichen Chronifizierung der depressiven Störung sowie der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung mit initialen Persönlichkeitsveränderung gekommen sei, sei es nicht mehr zumutbar, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch integrierte psychiatrische Behandlung zu steigern. Die Anerkennung eines Rentenanspruchs ($\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Rente) könnte dem Versicherten ein Sicherheitsgefühl vermitteln, was zu einer Stabilisierung führen und er dadurch in einer fernen Perspektive sukzessive seine Ressourcen und Fähigkeiten weiterentwickeln könnte (act. II 96 S. 3 – 5).

3.1.11 In seiner Stellungnahme zu den anlässlich der Anhörung zum Vorbescheid vom 25. Juni 2013 von Seiten des Versicherten vorgelegten Arztberichte (act. II 96 S. 3 – 6) hielt der psychiatrische Gutachter an seinen Ausführungen im Gutachten fest, bestätigte indessen die von Dr. med. J. _____ erhobene Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode sowie verstärkten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung; in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei seit 05/2013 wieder eine 40%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum sowie in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum anzunehmen (act. II 101).

3.2 Den somatischen Einschränkungen wurde bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades hinreichend Rechnung getragen, was letztlich auch unbestritten geblieben ist.

3.3 Nach den oben zusammengefassten medizinischen Unterlagen wurde beim Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht – in weitgehender Übereinstimmung zwischen den behandelnden Ärzten sowie dem Gutachter – eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert.

Die IVB geht davon aus, dass in psychischer Hinsicht weder unter dem Aspekt der posttraumatischen Belastungsstörung noch unter demjenigen der rezidivierenden depressiven Episode ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

Es ist somit zu prüfen, ob den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers invalidisierende Wirkung zukommt.

3.3.1 Mit Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung hat die IVB unter Hinweis auf die einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechung in der Verfügung sowie in der Beschwerdeantwort umfassend ausgeführt, dass und warum vorliegend eine invalidisierende Wirkung der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung nicht rechtsgenügend ausgewiesen ist. Dabei wurde zu Recht darauf hingewiesen, dass aus rechtlicher Sicht bei einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Latenzzeit von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, vorausgesetzt wird (vgl. den auch von der IVB zitierten Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2). Dies ist vorliegend angesichts der seit der Internierung in einem Konzentrationslager (1992) verstrichenen Zeit und dem seither ohne (echtzeitlich dokumentierte) gesundheitliche Einschränkung weder im privaten noch im beruflichen Bereich geführten Leben offensichtlich nicht erfüllt. Wie das Bundesgericht im genannten Entscheid ausgeführt hat, mag eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums sowohl hinsichtlich des traumatisierenden Ereignisses als auch hinsichtlich der zeitlichen Latenz therapeutisch sinnvoll sein; die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung verlangt hingegen zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (BGer 9C_228/2013, E. 4.1.3 mit Hinweisen). Gleiches gilt für die geltend gemachte Retraumatisierung im

Zusammenhang mit dem Aufgebot, in einem gerichtlichen Verfahren in seinem Heimatland als Zeuge auszusagen. Es mag zwar zutreffen, dass dieses Aufgebot das seinerzeit Erlebte wieder ins Bewusstsein gerufen hat; ein Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmass ist darin indessen bei der gebotenen objektiven Betrachtung nicht zu erblicken. Dies umso weniger, als der Beschwerdeführer den Termin aufgrund eines ärztlichen Zeugnisses letztlich nicht wahrnehmen musste.

Die nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung geltenden Voraussetzungen für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer posttraumatischen Belastungsstörung sind nach dem Gesagten vorliegend nicht erfüllt.

3.3.2 Hinsichtlich der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung weist die IVB an sich zutreffend darauf hin, dass Erkrankungen aus diesem Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten und ihnen rechtsprechungsgemäss nicht von vornherein invalidisierende Wirkung zuzuerkennen ist; vielmehr wird bei solchen Erkrankungen deren Überwindbarkeit vermutet.

Ein invalidisierender Gesundheitsschaden kann indessen dann vorliegen, wenn die rezidivierende depressive Störung eine eigenständige Krankheit darstellt. Die Beantwortung der Frage, ob mit dem depressiven Geschehen ein eigenständiger Gesundheitsschaden vorliegt oder nicht, ist insofern relevant, als nicht von vornherein ausgeschlossen ist, der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung komme invalidisierende Wirkung zu (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Juli 2012, 9C_210/2012, E. 3.1); anders ist es allein bei mittelgradigen depressiven Episoden (Entscheid des BGer vom 23. Januar 2013, 9C_605/2012, E. 3.3). Eine mittelschwere Depression stellt für sich im Übrigen keinen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Zustand dar, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zur Anwendung gelangen würde (Entscheid des BGer vom 15. Januar 2013, 8C_217/2012, E. 5.3.1).

Anhand der medizinischen Unterlagen betreffend den psychischen Gesundheitszustand lässt sich vorliegend nicht abschliessend beurteilen, ob

es sich bei der depressiven Störung des Beschwerdeführers um ein jeweils reaktives Geschehen oder ein eigenständiges Krankheitsbild handelt: Einerseits werden zwar gewichtige psychosoziale Umstände genannt, so in erster Linie die familiäre Situation mit der – ebenfalls kranken – Ehefrau sowie einem behinderten (Hydrocephalus) und einem minderintelligenten Kind sowie die in Folge der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses erlittene Kränkung. Es findet sich indessen in den Arztberichten keine medizinische Erklärung dafür, dass der Beschwerdeführer nach der Geburt seines behinderten Sohnes mit einer depressiven Episode reagierte, anschliessend praktisch 10 Jahre ohne Einschränkungen „funktionierte“ und dann erst wieder mit Erhalt der Kündigung bei seinem letzten Arbeitgeber – aus wirtschaftlichen Gründen – psychisch dekompenzierte. Offen bleibt überdies, warum es dem Beschwerdeführer – im Gegensatz zu verschiedenen früheren (auf psychosoziale Umstände zurückzuführende und damit reaktive) depressiven Episoden – ab 2010 nicht mehr gelungen ist, die depressiven Reaktionen bzw. Episoden zu überwinden.

Nicht geklärt ist andererseits, ob die zuvor auf der Basis psychosozialer Faktoren bestehende rezidivierende depressive Störung aufgrund der – für sich allein mangels Erfüllung der massgebenden Voraussetzungen nicht invalidisierenden (vgl. E. 3.2.1 hiervor) – posttraumatischen Belastungsstörung bzw. deren Wiederaufleben durch die Vorladung, als Zeuge auszusagen, allenfalls in eine eigenständige Depression umgeschlagen ist. Der psychiatrische Gutachter sieht die diagnostizierte depressive Episode im Zusammenhang mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung, was durchaus dafür sprechen könnte, dass ein solcher Prozess stattgefunden hat; allerdings machte der Gutachter hierzu keine weiteren Ausführungen. Der behandelnde Psychiater Dr. med. J. _____ hat die festgestellten posttraumatischen Symptome (erstmalig) in seiner Stellungnahme vom 19. August 2013 zuhanden der B. _____ (vgl. E. 3.1.10) mit einer initialen Persönlichkeitsveränderung in Verbindung gebracht. Näheres hierzu wird nicht ausgeführt und der Gutachter hat sich in seinen Bemerkungen zum Bericht von Dr. med. J. _____ ebenfalls nicht dazu geäussert. Auch wenn die Kriterien für die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegend nicht erfüllt sind, kann das im Zuge kriegerischer Auseinandersetzungen sowie während einer Internierung Erlebte

durchaus dazu führen, dass es trotz vorbestehender psychischer Problematik durch eine Gerichtsvorladung, über damalige Ereignisse aussagen zu müssen, auf dem Hintergrund einer allenfalls erlittenen Persönlichkeitsveränderung zu einer – von den psychosozialen Belastungsfaktoren – klar abgrenzbaren, verselbständigten depressiven Erkrankung kommt.

Die Berichte geben auch keinen Aufschluss darüber, ob die Depression des Beschwerdeführers zu der angesprochenen Eskalation der familiären Situation geführt, oder ob der Beschwerdeführer darauf mit einer Depression reagiert hat, was je nachdem zu einem anderen Ergebnis führen kann. Nicht nachvollziehbar ist unter den gegebenen Umständen die Einschätzung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere unter Berücksichtigung der vom behandelnden Psychiater attestierten (act. II 96 S. 4 Ziff. 2) und vom psychiatrischen Gutachter bestätigten (act. II 101 S. 2) Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes ab Anfang 2013. Nicht differenziert und deshalb nicht erkennbar ist zudem, aus welchem psychiatrischen Formenkreis die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit abgeleitet wird, zumal die von Dr. med. J._____ postulierte Rentenzusprechung zu ausschliesslich therapeutischen Zwecken aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht von vornherein ausscheidet (MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. 2010, S. 20 f.).

3.3.3 Nach dem Gesagten erweist sich der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt. Die Sache wird an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der vorstehenden Erwägungen eine erneute psychiatrische Begutachtung bei einem mit dem Beschwerdeführer bisher nicht befassten Spezialarzt veranlasse und anschliessend betreffend die Zeit ab Frühjahr 2011 frei und umfassend prüfe sowie neu entscheide.

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. 700.—, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.— ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.— und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.— festgelegt.

Im vorliegenden Fall wird der Beschwerdeführer durch die B._____, Fürsprecher C._____, vertreten. Dessen Kostennote vom 20. Mai 2014 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'400.— (9.6 h x Fr. 130.—) zuzüglich Auslagen von Fr. 58.60 und 8 % Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 196.70, somit auf total Fr. 2'655.30, fest-

gesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.— werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird nach Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'655.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
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.