

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 25. Januar 2016 abgewiesen (9C\_772/2015).

**200 14 409 IV**  
FUR/COC/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. September 2015**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 7. Februar 2013 unter Hinweis auf „psychologische (psychomotorische) Depressionen“ bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie den Versicherten insbesondere durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), psychiatrisch untersuchen (act. II 29 und 30).

Gestützt auf die Erkenntnisse der getätigten Abklärungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Dezember 2013 (act. II 37) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 44 und 48). Am 13. März 2014 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (act. II 49).

### **B.**

Hiergegen liess der Versicherte am 28. April 2014 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Die Verfügung der IVB vom 13. März 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2013 eine ganze und ab 8. März 2014 mindestens eine halbe IV-Rente zu gewähren.
2. Eventualiter: Es sei eine neue medizinische Begutachtung anzuordnen und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.  
unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 7. November 2014 edierte die Instruktionsrichterin bei der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers die amtlichen Akten, welche in der Folge am 16. Dezember 2014 beim Gericht eingingen.

Am 9. Januar 2015 ging eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin beim Gericht ein. Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Eingabe.

### **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 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 13. März 2014 (act. II 49). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente. Da der Beschwerdeführer die umfassende Verfügung allein hinsichtlich des Renten-

anspruchs angefochten hat, ist sie soweit die restlichen Ansprüche betreffend in Rechtskraft erwachsen (BGE 125 V 413 E. 1b S. 414 f.).

**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). 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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** 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.

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

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Der Beschwerdeführer war vom 27. September bis am 8. Oktober 2011 im Spital D. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 7. Oktober 2011 (act. II 13 S. 29) wurde ein Urothel-Karzinom des distalen Ureters links, eine Prostatavergrösserung und ein Status nach Appendizitis perforata diagnostiziert. Am 28. September 2011 sei eine radikale pelvine Lymphadenektomie links mit distaler Harnleiterresektion inklusive Blasenmanschettenentfernung links und Harnleiterneuimplantation durchgeführt worden. Der peri- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen.

Vom 6. Dezember bis 14. Dezember 2011 erfolgte aufgrund einer infizierten Lymphozele bei dislozierter Drainage eine weitere stationäre Behandlung im Spital D. \_\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer konnte nach den durchgeführten Eingriffen in gutem Allgemeinzustand entlassen werden (Austrittsbericht vom 15. Dezember 2011; act. II 13 S. 23 f.).

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 4. Juni 2012 (act. II 18.8 S. 1 f.) eine mittel- bis schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und attestierte aufgrund des schwergradigen Verlaufs der depressiven Störung eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 4 und 5). Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien leicht- bis mittelgradig reduziert. Im Gespräch erscheine der Beschwerdeführer müde und erschöpft. Das Denken sei formal eingeeengt auf die Gesundheitsproblematik, Zukunftssorgen, Angst vor dem Sterben. Es bestehe eine Grübelneigung. Eine inhaltliche Denkstörung, optische oder akustische Halluzinationen, eine Ich-Störung und Wahnvorstellungen lägen nicht vor. Im Affekt sei der Beschwerdeführer traurig, leicht unruhig, ängstlich, nervös und gespannt. Es bestünden eine niedergedrückte depressive Grundstimmung mit leichten Insuffizienzgefühlen sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer leicht unruhig. Ein Libidoverlust sei gegeben. Anhaltspunkte für Selbst- oder Fremdgefährdung bestünden nicht (S. 1 f. Ziff. 3).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2012 (act. II 13 S. 8 f.) wurde ausgeführt, neun Monate nach Harnleiterresektion links bestehe ein beschwerde- und rezidivfreier Zustand. Die Blasenspülzytologie habe keinen Nachweis maligner Zellen ergeben. Bildgebend habe ebenfalls kein Hinweis auf eine Raumforderung nachgewiesen werden können (S. 9).

**3.1.4** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 21. März 2013 (act. II 13) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Urothelkarzinom des distalen Ureters links sowie eine Anpassungsstörung mit Depression und Angst. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine chronische Gastritis, eine Refluxkrankheit, eine chronische Analfissur, eine Prostatavergrösserung sowie eine PHS (Periarthritis humeroscapularis) calcarea an (S. 1 Ziff. 1.1). Ferner attestierte der Arzt vom 2. Februar 2012 bis am 7. März 2013 eine 100%-ige und ab dem 8. März 2013 bis auf weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Seit der Operation vom 28. September 2011 leide der Beschwerdeführer unter einer schweren Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen und Ängsten. Es sei unruhig und nervös. Er leide unter Schlafstörungen, Müdigkeit, Unruhe, Nervosität, gedrückter Stim-

mung, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. Die Symptomatik habe dazu geführt, dass er seine Tätigkeit im ... nicht mehr habe weiterführen können. Unter ärztlicher und medikamentöser Therapie sei es in den letzten Wochen zu einer stimmungsmässigen Aufhellung gekommen, so dass der Beschwerdeführer am 8. März 2013 seine Arbeit zu 50% wieder habe aufnehmen können (S. 2 Ziff. 1.4). Aufgrund der depressiven Symptome (Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, usw.) sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, sich auf seine Arbeit zu konzentrieren (S. 3 Ziff. 1.7). Schliesslich erachtete der Arzt seit Februar 2012 eine rein sitzende Tätigkeit zu 50% zumutbar. Dagegen verneinte er die Zumutbarkeit insbesondere einer rein stehenden sowie einer wechselbelastenden Tätigkeit (S. 6).

**3.1.5** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in einem undatierten Bericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2013 zugegangen ist (act. II 19), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittel- bis schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2; S. 1 Ziff. 1.1). Er attestierte vom 21. April 2012 bis am 8. März 2013 eine 100%-ige und ab dem 8. März 2013 bis auf weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer leide an Konzentrationsstörungen, einem Aufmerksamkeitsdefizit und Gedächtnisstörungen und sei somit stark eingeschränkt, insbesondere für eine Tätigkeit im ...-Bereich. Des Weiteren bestünden eine dauernde Müdigkeit und Erschöpfbarkeit aufgrund von Angst- und Vermeidungsverhalten im Kontakt mit anderen Menschen. Aufgrund der Reizbarkeit und Nervosität habe er Mühe mit der Belastbarkeit, Konfliktfähigkeit und Kritikfähigkeit. Er fühle sich in schwierigen Situationen schnell angegriffen und könne schnell laut und aggressiv werden. Schliesslich führte der Arzt an, aus seiner Sicht sei eine 50%-ige Arbeitstätigkeit momentan die oberste Grenze für die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers (S. 3 Ziff. 1.7).

**3.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Aktenbericht vom 9. September 2013 (act. II 27) aus, fast zwei Jahre nach dem Eingriff (vom 28. September 2011) sei der Beschwerdeführer weiterhin rezidivfrei und körperlich in einem guten Zustand. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die durchgemachte

Krebserkrankung könne zurzeit zuverlässig ausgeschlossen werden. Anlässlich einer Rektoskopie vom 6. September 2012 habe sich eine chronische Fissur gefunden. Die empfohlene Behandlung habe in lokaler Applikation einer Creme nebst Stuhlregulation bestanden. Der weitere Verlauf sei nicht dokumentiert. Damit sei ein günstiger Verlauf anzunehmen. Die Prognose des Eingriffs sei gut und eine dauerhafte Beeinträchtigung des Sitzens sei nicht zu erwarten. Nicht nachvollziehbar und unlogisch sei somit die Angabe von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer in einer rein sitzenden Tätigkeit zu 50%, in einer wechselbelastenden Tätigkeit hingegen gar nicht arbeitsfähig sei. Aus somatischer Sicht sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 4).

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 14. Oktober 2013 (act. II 30) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er (aus psychiatrischer Sicht) psychosoziale Belastungen (Schulden, drohender Konkurs, Gerichtsverfahren; ICD-10 Z73.3) an (S. 9). Psychopathologisch seien eine leichte Einengung des formalen Denkens und damit einhergehend eine Besorgnis und Ängstlichkeit im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auffällig. Weiter bestünden eine leichte depressive Grundstimmung (mit Klagsamkeit, Unzufriedenheit, Insuffizienzgefühlen, Verminderung des Selbstwertgefühls und der Vitalgefühle), eine Affektarmut und eine Einschränkung der affektiven Modulations- und Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei leicht vermindert. Der Beschwerdeführer gebe eine Verminderung von Freude und Interesse, jedoch keinen vollständigen Verlust an. Zudem berichte er über eine zeitliche Einschränkung der sozialen Kontakte. Aus der Schilderung des Tagesablaufs gehe jedoch hervor, dass er weiterhin ausreichende soziale Kontakte unterhalte. Diagnostisch sei aus psychiatrischer Sicht unter Heranziehung der Kriterien gemäss ICD-10 von einer leichten depressiven Episode auszugehen. Eine mittelgradige oder schwere depressive Episode könne nicht festgestellt werden. Zwei abzugrenzende depressive Episoden im Verlauf könnten nicht ausgemacht werden, weshalb die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht bestätigt werden könne. Entgegen den Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hätten bei der Untersuchung kein reduziertes Auffassungsvermögen, kein stark eingeschränktes Konzentri-

onsvermögen, keine Gedächtnisstörungen, keine dauernde Müdigkeit und keine Einschlafstörungen erhoben werden können (S. 11). Hinsichtlich der von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierten Anpassungsstörung (mit Angst und Depression) führte der RAD-Psychiater aus, diese sei nicht mit einer ICD-10-Kodierung versehen worden. Zudem seien Anpassungsstörungen gemäss ICD-10 mit Ausnahme jener mit längerer depressiver Reaktion auf sechs Monate beschränkt (S. 10). Aus psychiatrischer Sicht sei auf Grund der leichten depressiven Episode und der damit einhergehenden funktionellen psychischen Beeinträchtigungen, im Besonderen mit depressiver Grundstimmung, einschliesslich Verminderung der Vitalgefühle, des Antriebs und des Selbstwertgefühls, von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit und uneingeschränktem Arbeitszeitpensum in der bisherigen Tätigkeit und vergleichbaren Tätigkeiten auszugehen (S. 11).

**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** Vorliegend erfüllen der Bericht des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 9. September 2013 (act. II 27) und derjenige des RAD-Psychiaters Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2013 (act. II 30) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Die beiden Fachärzte haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorkakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist.

**3.3.1** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hat im Bericht vom 9. September 2013 (act. II 27) einleuchtend dargelegt, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen (S. 4). Diese Einschätzung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht auch im Einklang mit den vorliegenden medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_\_, welche im Bericht vom 20. Juli 2012 (act. II 13 S. 8 f.) von einem beschwerde- und rezidivfreien Zustand sprachen. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Darauf ist abzustellen.

Daran ändert der Bericht des Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 21. März 2013 (act. II 13) nichts, in welchem der Arzt seit Februar 2012 eine rein sitzende Tätigkeit zu 50% zumutbar erachtete und die Zumutbarkeit insbesondere einer rein stehenden oder wechselbelastenden Tätigkeit verneinte (S. 6). Denn der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hat nachvollziehbar begründet, warum eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die durchgemachte Krebserkrankung (Urothel-Karzinom) ausgeschlossen werden kann und warum hinsichtlich der bestehenden Analfissur keine dauerhafte Beeinträchtigung des Sitzens zu erwarten ist (act. II 27 S. 4). Darüber hinaus fehlt im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 21. März 2013 eine Begründung für dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere hat der Arzt auf die Frage der bestehenden Einschränkungen einzig auf die diagnostizierte Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen und Ängsten hingewiesen. Somatische Einschränkungen erwähnte er dagegen nicht

(act. II 13 S. 3 Ziff. 1.7). Folglich ist es nicht nachvollziehbar, warum Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in einer rein sitzenden Tätigkeit eine andere Arbeitsfähigkeit attestierte, als in einer rein stehenden oder wechselbelastenden Tätigkeit.

**3.3.2** Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 14. Oktober 2013 (act. II 30) insbesondere gestützt auf seine Untersuchung vom 7. Oktober 2013 nachvollziehbar aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer an einer leichten depressiven Episode leidet. Darauf ist abzustellen. Soweit der RAD-Psychiater jedoch aufgrund dieser Diagnose eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% attestiert hat, kann ihm mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange nicht gefolgt werden. Denn eine leichte depressive Episode allein ist rechtsprechungsgemäss (grundsätzlich) nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3).

Die gegen die Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Was vorab die in formeller Hinsicht gerügte Dauer der psychiatrischen Untersuchung („nur einmal während zwei Stunden gesehen“; Beschwerde S. 6 Ziff. 4) anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich im Ermessen des jeweiligen Arztes liegt zu bestimmen, wie viel Zeit er für die Untersuchung eines Exploranden benötigt. Rechtsprechungsgemäss kommt es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des BGer vom 8. Juni 2011, 9C\_330/2011, E. 5 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend der Fall. Die angeblichen sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten (Beschwerde S. 6 Ziff. 4) wurden erstmals im vorliegenden Beschwerdeverfahren vorgebracht. Sie sind nachgeschoben und unbegründet. Der Beschwerdeführer lebt seit 1979 in der Schweiz (act. II 1 S. 1 Ziff. 1.6), war seit 1995 ... eines ... für ... (act. II 10 S. 2) und spricht nach

Aktenlage gut Deutsch. So hat er in seinem Lebenslauf bei den Sprachkenntnissen bei Deutsch „in Wort und Schrift“ aufgeführt (act. II 10 S. 2). Und der RAD-Psychiater führte an, die sprachliche Kommunikation sei ohne Probleme möglich gewesen (act. II 30 S. 8). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der Einbezug der Akten des Krankentaggeldversicherers – insbesondere des Berichts zur Observation in der Zeit vom 12. bis 14. Juni 2012 (act. II 18.2 S. 10 – 22) – erwecke objektiv den Anschein der Befangenheit des RAD-Psychiaters, da diese Akten nicht objektiv und sachlich seien, sondern eine einseitige Argumentation zu Gunsten des Krankentaggeldversicherers enthielten (Beschwerde S. 6 ff. Art. 3), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn der RAD-Psychiater hat sich in seiner Beurteilung nicht allein auf die Akten des Krankentaggeldversicherers, sondern insbesondere auf seine eigene Untersuchung und die medizinischen Vorkakten gestützt. Er hat sich kritisch mit sämtlichen Akten auseinandergesetzt und anschliessend seine Beurteilung abgegeben. Umstände, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, etwa wenn die sachverständige Person ihren Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110), liegen hier nicht vor.

An der schlüssigen Einschätzung des RAD-Psychiaters hinsichtlich der gestellten Diagnose ändert nichts, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Juni 2012 (act. II 18.8 S. 1 f.) und im undatierten Bericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2013 zugegangen ist (act. II 19), eine mittel- bis schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert hat. Der RAD-Psychiater hat sich mit dieser Diagnose auseinandergesetzt und dargelegt, warum diese nicht zutrifft (act. II 30 S. 11). Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem undatierten Bericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2013 zugegangen ist, ab dem 8. März 2013 neu eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, obwohl er im Bericht vom 4. Juni 2012 bei praktisch identischem objektiven Befund noch eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (vgl. act. II 18.8 S. 1 Ziff. 3 und act. II 19 S. 2). Ferner hat der Arzt, obwohl er in beiden Berichten die gleiche Diagnose (mittel- bis schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome) gestellt hat, diese mit unterschiedlichen ICD-10 Kodierungen versehen (ICD-10

F33.2 resp. F32.2; act. II 18.8 S. 2 Ziff. 4 und act. II 19 S. 1 Ziff. 1.1). Auch dies ist nicht nachvollziehbar. Und letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – wie im Übrigen auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und damit nicht über die erforderliche fachliche Qualifikation zur Beurteilung der psychischen Situation des Beschwerdeführers verfügt (vgl. Entscheid des BGer vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.4).

Ferner ändert auch der Bericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2013 (act. II 13) vorliegend nichts, in welchem der Arzt eine Anpassungsstörung mit Depression und Angst diagnostiziert hat (S. 1 Ziff. 1.1). Auch bezüglich dieser Diagnose hat der RAD-Psychiater dargelegt, weshalb diese nicht gestellt werden kann (act. II 30 S. 10). Darüber hinaus ist eine diagnostizierte Anpassungsstörung nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht per se als invalidisierendes psychisches Leiden zu qualifizieren (Entscheide des BGer vom 19. Dezember 2013, 9C\_4/2013, E. 2.2 sowie vom 22. November 2010, 9C\_408/2010, E. 4.3).

Schliesslich deckt sich die Beurteilung des RAD-Psychiaters auch mit den Beobachtungen, die anlässlich der in der Zeit vom 12. bis 14. Juni 2012 durchgeführten Observation gemacht worden sind (act. II 18.2 S. 10 – 22). So war der Beschwerdeführer während diesen drei Tagen jeweils mehr als zehn Stunden unterwegs. Dabei war er offenbar in der Lage, geschäftliche Tätigkeiten auszuführen. So hielt er sich in dieser Zeit in seinen beiden ... in ... und ... auf. Zudem suchte er zwei Bankfilialen und die Post auf (S. 13). Auch dies spricht gegen die Beurteilung der beiden behandelnden Ärzte, die dem Beschwerdeführer eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierten.

**3.4** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Der Sachverhalt ist somit gestützt auf die vorliegenden Arztberichte hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Da keine Invaldität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiavor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der 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):

- Rechtsanwalt 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.