

200 14 80 IV  
FUR/GET/SEE

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2015

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, lic.iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Dezember 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1968 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juni 2010 unter Hinweis auf eine seit Oktober 2001 bestehende Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Schizophrenie sowie Bipolaritäts- und Zwangsstörung (Essverhalten) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 6 S. 4 ff.). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, holte diverse ärztliche Unterlagen ein, leistete Kostengutsprache für ein Aufbautraining am Arbeitsplatz des bisherigen Arbeitgebers (act. II 15; 28) und liess den Versicherten durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 18. Oktober 2011 [act. II 46.1]). Nach Durchführung einer von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ als indiziert erachteten stationären psychotherapeutischen Behandlung (act. II 57), leistete die IVB im August 2012 Kostengutsprache für ein zwölfwöchiges Aufbautraining in der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ (act. II 59) sowie – daran anschliessend – für ein Coaching am Arbeitsplatz des bisherigen Arbeitgebers (act. II 70). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 8. Mai 2013 schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab und verneinte einen Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen (act. II 77). Nachdem sie bei Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (Regionaler Ärztlicher Dienst [RAD]), zwei ärztliche Berichte (act. II 78; 84) eingeholt hatte, stellte die IVB dem Versicherten im Vorbescheid vom 7. November 2013 (act. II 85) zudem die Ablehnung eines Rentenanspruchs mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Hieran hielt sie – nach durchgeführtem Einwandverfahren (act. II 89) – mit Verfügung vom 31. Dezember 2013 fest (act. II 91).

**B.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch den B. \_\_\_\_\_, lic. iur. C. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 28. Januar 2014 Beschwerde erheben und folgendes Rechtsbegehren stellen:

Die Verfügung vom 31. Dezember 2013 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer gestützt auf das Gutachten von Frau Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 eine Rente zuzusprechen.

- Unter Entschädigungsfolge -

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei eine (chronifizierte) PTBS ausgewiesen, welche gemäss Ausführungen im Gutachten auch als eine invalidisierende Persönlichkeitsstörung respektive -änderung hätte diagnostiziert werden können, weshalb in jedem Fall von einer Invalidisierung auszugehen sei. Im Übrigen sei generell nicht nachvollziehbar, weshalb „gemäss Rechtsprechung“ eine PTBS mit einer Latenz von wenigen Wochen bis wenigen Monaten auftreten müsse. Insbesondere im Fall des Beschwerdeführers, welcher als 13- und 14-jähriger Opfer eines sadistischen Übergriffs geworden sei, dürften nicht dieselben Anforderungen in Bezug auf die Latenzzeit angewandt werden.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und verzichtet auf eine Stellungnahme, wobei sie auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verweist.

**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 31. Dezember 2013 (act. II 91). 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**

**2.1.1** 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 Ar-

beitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

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 Ressourcen 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 darstel-

len, 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).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** 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).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Vom 25. Januar bis 4. Februar 2010 stand der Beschwerdeführer in stationärer psychiatrischer Behandlung der Klinik G.\_\_\_\_\_. Im entsprechenden Bericht vom 11. Februar 2010 (act. II 20 S. 13 ff.) wurde festge-

halten, diagnostisch ergebe sich ein Mischbild verschiedener Angsterkrankungen, sowie anamnestisch einer bipolar affektiven Störung mit einer hypomanen Phase. Es bestehe eine chronische PTBS, eine soziale Phobie, Agoraphobie ohne Panikstörung, eine Somatisierungsstörung, sowie eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren. Aktuell ständen die Angstsymptome im Vordergrund; PTBS-Symptome und die affektive Störung erschienen momentan weitgehend kompensiert. Zusätzlich belastend seien die Folgen der nicht mehr aktiven Spielsucht. Die Schmerzen seien am 4. Februar 2010 bereits vollständig regredient gewesen, wobei er die Klinik in „rechtem Allgemeinzustand“ nach Hause habe verlassen können.

**3.1.2** Mit Bericht vom 10. August 2010 (act. II 12 S. 2 ff.) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, fest, der Beschwerdeführer leide seit mehr als 10 Jahren unter häufigen schwersten Schmerzattacken im thorakoabdominalen Bereich, die zu regelmässigen Besuchen der Notfallstation führten. Es hätten bisher keine auslösenden Faktoren identifiziert werden können. Zusammenhänge mit der beruflichen Belastung seien mehrfach evoziert worden. Es würden sich während der Schmerzattacken keine wegweisenden Befunde ausser dem schwer reduzierten Allgemeinzustand und den Schmerzen, die retrosternal oder abdominal lokalisiert seien. Verschiedene somatische Leiden hätten ausgeschlossen werden können.

**3.1.3** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 11. Oktober 2010 (act. II 20 S. 2 ff.) unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bzw. unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10 F40.0), eine chronische PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine bipolar affektive Störung, gegenwärtig euthym (ICD-10 F31.7), fest. Die genannten Diagnosen seien in einem strukturierten klinischen Interview erstellt worden. Des Weiteren hätten sich im SKID-II Fragebogen und im klinischen Interview Hinweise für eine paranoide Persönlichkeitsstörung gefunden; da aber diesbezüglich subjektiv kein Leidensdruck vorliege und der Beschwerdeführer sich nicht erheblich dadurch

geschadet habe, sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zulässig (S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 25. Januar 100%, seit dem 21. Februar 50% und ab dem 1. Juni 2010 bis auf weiteres 40% (S. 4).

**3.1.4** Im Gutachten vom 18. Oktober 2011 (act. II 46.1) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen die folgenden Diagnosen fest (S. 38):

Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV: 309.81)
- Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.5)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41)

Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- V.a. bipolare II-Störung, derzeit keine bis allenfalls leichte Depression (ICD-10: F 31.8)
- Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F 42.2)
- Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10: F 40.01)
- Schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10: F 17.1)

In körperlicher Hinsicht leide der Beschwerdeführer an irregulär auftretenden thorakalen Schmerzkrisen unterschiedlicher Intensität und Dauer, an vermehrter Tagesmüdigkeit und körperlicher Erschöpfbarkeit sowie an Störungen der Atmung und intermittierenden Herz-Kreislauf-Funktionsstörungen. In psychischer Hinsicht beständen eine ständig erhöhte innere Anspannung, vermehrte Reizbarkeit und Neigung zu Insuffizienz- und Schuldgefühlen, gelegentlich auftretende Intrusionen und Flash-Backs, eine Störung der Affektwahrnehmung und -regulation mit impulsiven aggressiven Durchbrüchen, Stimmungslabilität, Zwangsgedanken und -handlungen, Entscheidungsschwäche sowie eine erhöhte Kritikempfindlichkeit. Diese Beeinträchtigungen bewirkten hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit eine Verringerung der Konzentrationsfähigkeit mit erhöhter Fehleranfälligkeit, Fehlleistungen, ein verlangsamtes Arbeitstempo, reduzierte Planungsfähigkeit und ein erhöhtes Konfliktpotential mit Mitarbeitern und Vorgesetzten. Die bisherige Tätigkeit als ... sei noch zu 2-3 Stunden pro Tag, bei 15%iger Leistungseinschränkung, zumutbar (S. 50), eine ange-

passte Tätigkeit zu 6.4 Stunden täglich (S. 51). Ferner sei eine stationäre Psychotherapie indiziert (S. 49).

Im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen (S. 40 ff.) führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit Bezug auf die somatoformen Störungen im Wesentlichen aus, im Zeitraum zwischen 2009-2011 hätten unerklärliche, thorakal gelegene Schmerzkrisen mehrfache Spitalaufenthalte und Notfallkonsultationen nach sich gezogen. Bis dahin sei bereits als sekundäre Folge der Schmerzkrisen, spätestens beginnend seit 2008, eine zunehmende Abhängigkeit von Tramal, einem Opioidanalgetikum, eingetreten und der Beschwerdeführer habe vermutlich immer grössere Mengen des Medikamentes benötigt, um dieselbe analgetisierende Wirkung bzw. Nebenwirkung (Euphorisierung) zu erzielen. Nachdem Dr. med. I.\_\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose „Abhängigkeitssyndrom" gestellt habe, sei der Beschwerdeführer nach und nach von Tramal entzogen worden. Im Übrigen kämen bei der aktuellen Untersuchung Zweifel hinsichtlich auf das Zutreffen der Schmerzangaben durch den Beschwerdeführer auf (S. 42). Plausibel könne sein, dass die Schmerzkrisen, die ursprünglich möglicherweise tatsächlich in ausgeprägtem Masse vorhanden gewesen seien, inzwischen vorge-schoben würden, um subjektiven Insuffizienz- und Überforderungsgefühlen am Arbeitsplatz aus dem Weg gehen zu können, ohne dabei das Gesicht zu verlieren oder um die Partnerin über deren Fürsorglichkeit enger an sich zu binden, was einem sekundären Krankheitsgewinn entspräche. Möglich sei zusätzlich aber auch, dass der Beschwerdeführer keinen anderen Ausweg mehr aus seiner Schuldenkrise sehe, als den auf eine finanzielle Unterstützung in Form einer zumindest vorübergehenden Berentung durch die IV (S. 43).

Mit Bezug auf die PTBS hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer habe ausführlich über sexuelle Missbrauchserlebnisse in der Jugend berichtet. Dem voraus gegangen seien emotionale Vernachlässigung in der Kindheit und wiederholte sadistische Strafen durch dessen strenge Mutter. Potentiell handle es sich dabei um Ereignisse, welche, wenn sie nicht behandelt würden, hartnäckige psychische Störungen, die unter Umständen ein ganzes Leben lang ihre negativen Auswirkungen zeigten, zur Folge haben könnten. Protektive Faktoren und adäquate Co-

pingstrategien entschieden im individuellen Fall über Art und Umfang der Auswirkungen (S. 45 f.). Gemäss den ICD-10-Kriterien müsse zumindest ein einzelnes belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, vorliegen, was auf den Beschwerdeführer zutrefte (S. 46 f.). Ferner könnten die Symptome auch unter der Rubrik (Borderline)-Persönlichkeitsstörung (gemäss DSM-IV) eingeordnet werden. Insgesamt ergäben sich hinsichtlich der feststellbaren Störungen mehr Argumente für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV (S. 47). Über lange Zeitabschnitte habe der Beschwerdeführer dank günstiger Umgebungsbedingungen und individuell vorhandener Ressourcen sein psychisches Gleichgewicht nach aussen hin aufrechterhalten können. Seine Belastungsfähigkeit sei jedoch durch Vulnerabilität seiner Persönlichkeit situativ eingeschränkt, so dass ein ungünstiges Zusammentreffen privater und beruflicher Belastungsfaktoren Anfang 2010 zu einem vorübergehenden psychischen Zusammenbruch geführt habe, von dem er sich während oder aufgrund der beruflichen Wiedereingliederungsmassnahme sehr langsam und unzufriedenstellend erholt habe (S. 48).

**3.1.5** Vom 11. Januar bis 18. Juni 2012 war der Beschwerdeführer in der Klinik G. \_\_\_\_\_ in stationärer psychiatrischer Behandlung. Im entsprechenden Bericht vom 28. Juni 2012 (act. II 57) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe PTBS (aktuell vereinzelt Depersonalisation und dissoziativer Stupor unter Stress) sowie eine – bei Austritt fast vollständig remittierte – anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Im Übrigen hielten die behandelnden Ärzte fest, aufgrund der Therapieresistenz der somatoformen Schmerzstörung trotz intensiver Schmerztherapie sei vermutet worden, dass es sich bei den Schmerzattacken um Intrusionen im Rahmen der PTBS handeln könne. Im Verlauf der Behandlung sei es zu einem fast gänzlichen Sistieren der Schmerzattacken über einen Zeitraum von etwa zwei Monaten gekommen. Es träten jedoch noch Depersonalisations- und Derealisationzustände mit psychogenen anterograden Amnesien über Zeiträume von etwa einer Stunde auf (S. 3).

**3.1.6** Mit ärztlichem Bericht vom 30. Oktober 2013 (act. II 84) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (RAD) fest, in diesem Fall stehe die PTBS oder eben auch eine Persönlichkeitsstörung eindeutig im Vordergrund. Die Essstörung wie auch die Schmerzstörung und die vielen anderen Auffälligkeiten müssten als sekundär betrachtet werden. Die Schmerzstörung (als Folge) der PTBS sei nicht für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich.

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** Ob eine invalidisierende Gesundheitsschädigung vorliegt, ist als Rechtsfrage frei überprüfbar. Die Beantwortung dieser Rechtsfrage obliegt nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es können sich daher Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten geschätzten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (vgl.

Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Dezember 2014, 9C\_662/2013, E. 2.3). Auch einer lege artis hergeleiteten Diagnose liegt nicht in jedem Fall ein krankheitswertiger Befund zugrunde (BGE 130 V 396 E. 6.2.2 S. 401).

**3.2.3** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

**3.3** Die verfügbaren medizinischen Unterlagen erlauben eine zuverlässige Beurteilung des geltend gemachten Rentenanspruchs. Namentlich erfüllt das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 (act. II 46.1) grundsätzlich die höchstrichterlichen Vorgaben an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 3.2.1 vorne).

**3.4** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden und damit potentiell invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers in diagnostischer Hinsicht einer PTBS, einer Somatisierungsstörung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet (act. II 46.1 S. 38). Zwar trifft es zu, dass die Gutachterin auch differentialdiagnostische Überlegungen in Richtung einer Persönlichkeitsstörung (anstelle der PTBS) anstellte; sie schlussfolgerte jedoch, insgesamt ergäben sich hinsichtlich der feststellbaren Störungen mehr Argumente für die Diagnose einer PTBS (S. 47 unten). Diese Einschätzung ist in Anbetracht der übrigen Aktenlage nicht zu beanstanden, wurde doch auch im Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2012 (act. II 57) keine Persönlichkeitsstörung festgestellt und schloss der behandelnde Psychiater Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine solche gar explizit aus (act. II 20 S. 3). Wenn der Beschwerdeführer deshalb geltend macht, die Gutachterin hätte die vorgebrachten Beschwerden „auch anders“, mithin im Sinne einer Persönlich-

keitsstörung, diagnostizieren können, kann ihm schon angesichts der Aktenlage nicht gefolgt werden. Es kommt hinzu, dass die korrekte (und beweiswertige) Diagnosestellung im Rahmen eines anerkannten medizinischen Klassifikationssystems für die Beantwortung der Frage, ob ein Leiden der Schmerzpraxis gemäss BGE 130 V 352 unterliegt oder ob es eine rechtlich erhebliche psychische Komorbidität zu einer lege artis festgestellten Schmerzproblematik darstellt (vgl. E. 3.6.1 ff. hinten), notwendige Voraussetzung bildet. Auch aus diesem Grund verbietet sich vorliegend ein (wahlweises) Abstellen auf die differentialdiagnostischen Erwägungen der Gutachterin.

**3.5** Gemäss den medizinischen Akten konnte und kann für die wiederholt geklagten, körperlich empfundenen Beschwerden kein (hinreichend) organisches Korrelat nachgewiesen werden (vgl. act. II 12 S. 3), was auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt wird. Mit dem Vorliegen einer Somatisierungsstörung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist deshalb ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage ausgewiesen. Weil die Schmerzstörung ferner sowohl im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 (act. II 46.1 S. 38) als auch in den Berichten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2010 bzw. 28. Juni 2012 (act. II 20 S. 2; 57 S. 2) unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde, findet die Praxis gemäss BGE 130 V 352 Anwendung (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2013, 8C\_217/2012, E. 5.3.1 e contrario). Insofern kann dem RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, welcher der Schmerzproblematik in seinen ärztlichen Berichten keine entscheidende Ursache der Arbeitsunfähigkeit beimass (vgl. act. II 78 S. 3; 84 S. 2), nicht gefolgt werden.

Demnach besteht die Vermutung, dass die Schmerzproblematik oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Ob dies zutrifft, ist anhand der mit BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 355 entwickelten Morbiditätskriterien zu prüfen (vgl. E. 2.1.2 vorne).

**3.6** Damit eine psychische Komorbidität – in Kombination mit einer Schmerzstörung – die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem

Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lässt, ist rechtsprechungsgemäss erforderlich, dass sie eine erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer aufweist (vgl. E. 2.1.2 vorne). Zu prüfen ist, ob die in den Akten wiederholt erwähnte und auch von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nach Massgabe des Klassifikationssystems gemäss DSM-IV diagnostizierte PTBS eine rechtlich erhebliche Komorbidität darstellt bzw. hinreichend ausgewiesen ist.

**3.6.1** Eine PTBS gemäss ICD-10 F43.1 setzt rechtsprechungsgemäss voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können. Auch in der aktuellen Ausgabe der ICD-10-Klassifikation, Version 2014, wurde an dieser Definition und insbesondere an der Latenzzeit festgehalten (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Entscheide des BGer vom 15. November 2012, 9C\_671/2012, E. 4.3 und vom 26. Juni 2013, 9C\_228/2013, E. 4.1.2 f.).

An dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht festgehalten, im Wissen, dass in der Fachliteratur darauf hingewiesen wird, in gewissen Fällen trete die Symptomatik einer PTBS erst mit erheblicher, zum Teil mehrjähriger Verzögerung auf (vgl. BGer 9C\_228/2013, E. 4.1.2).

**3.6.2** Im vorliegenden Fall beruht die Diagnose einer PTBS auf den erstmals im Jahr 2010 aktenkundigen Angaben des Beschwerdeführers (act. II 20 S. 14), im Alter von ... Jahren (...) von einem Onkel sexuell missbraucht worden zu sein (act. II 46.2 S. 6). Zwar gibt es Hinweise in den Akten, wonach der Beschwerdeführer bereits seit 2001 unter intermittierend auftretenden psychischen Beschwerden gelitten hat (vgl. act. II 2 S. 7; 12 S. 3), welche jedenfalls seit 2007 gemäss Bericht der G.\_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2010 auch zu einer (ambulanten) psychiatrischen Behandlung geführt haben (act. II 20 S. 14). Indessen war der Beschwerdeführer gemäss seiner Erwerbsbiographie stets in der Lage, beruflich anspruchsvolle Funktionen wahrzunehmen, was sich auch in einer über die Jahre hinweg konstanten und erheblichen Einkommenssteigerung manifestiert (vgl. act. II 10 S. 2): Nach Abschluss der ...-Lehre absolvierte der Beschwerdeführer zwischen 1988 bis 1991 eine ...ausbildung; von 1991 bis 1992 bildete er sich zum ... aus. Zwischen 1997 und 2006 war er als ... der ... tätig. Seit 2006 arbeitet er als ... im ... (act. II 9 S. 2 f.; 46.1 S. 27). Eine länger dauernde, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist bis Januar 2010 (act. II 20 S. 4) medizinischerseits nicht belegt. Selbst wenn die seit 2007 vom Arbeitgeber dokumentierten und als solche bezeichneten krankheitsbedingten Absenzen (vgl. act. II 11 S. 2 und 8) mitberücksichtigt würden, fehlen im Zeitraum zwischen der geltend gemachten Traumatisierung in der Kindheit und der im Jahre 2010 im zeitlichen Kontext mit einer Überschuldungssituation sowie einer Krisensituation mit den Eltern (act. II 20 S. 14) aufgetretenen psychischen Dekompensation während mindestens 26 Jahren rechtsgenügeliche Hinweise auf eine regelmässige, wegen des sexuellen Missbrauchs erforderlich gewordene psychiatrische Behandlung und eine (psychisch bedingte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen erweist sich die ausschliesslich auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers gestützte Diagnose einer PTBS als nicht hinreichend ausgewiesen, woran entgegen dem Beschwerdeführer auch nichts ändert, dass die Gutachterin – anders als in den angeführten Urteilsreferenzen – eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende PTBS diagnostiziert hat, ist doch die Frage nach der hinreichenden Ausgewiesenheit eines Gesundheitsschadens und einer darauf zurückgeführten Arbeitsunfähigkeit (beweis)rechtlicher Natur (vgl. E. 3.2.2 vorne). Sodann ist die in E. 3.6.1 genannte Praxis gerade

auch in Fällen (weit zurückliegenden) sexuellen Missbrauchs anwendbar, lag doch auch BGer 9C\_671/2012 ein Fall sexueller Übergriffe in der Kindheit sowie Beziehungsgewalt in der Adoleszenz zugrunde (vgl. E. 4.1).

Da sodann auch mit Bezug auf die übrigen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen bereits mangels deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer (act. II 46.1 S 38) abzusprechen ist, ist eine rechtlich erhebliche Komorbidität nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. E. 3.2.3 vorne), womit dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

**3.6.3** Auch eine Prüfung der weiteren von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien zur Annahme einer invalidisierenden Schmerzstörung (vgl. E. 2.1.2 vorne) lässt den Schluss auf ein invalidisierendes Krankheitsbild nicht zu: So konnten (chronische) körperliche Begleiterkrankungen im vorliegenden Fall dem Gesagten zufolge (vgl. E. 3.5 vorne) nicht objektiviert werden (act. II 12 S. 3). Ferner besteht kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, lebt der Beschwerdeführer doch seit Jahren in einer gemäss eigenen Angaben glücklichen Partnerschaft (act. II 46.1 S. 23); zudem pflegt er aktiv sein Hobby als Mitglied einer ... (act. II 46.1 S. 28). Hinweise für die Annahme eines primären Krankheitsgewinns sind nicht ersichtlich. Zu verneinen ist im Weiteren auch ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, konnte doch im Rahmen der stationären Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_\_ zwischen Januar und Juni 2012 eine „erfreuliche Reduktion der Schmerzattacken“ (act. II 57 S. 3) erreicht werden. Damit ist auch das Kriterium einer gescheiterten konsequent durchgeführten (ambulanten oder stationären) Therapie nicht erfüllt, zumal die Weiterführung einer ambulant-psychiatrischen Therapie empfohlen wird (act. II 57 S. 3).

**3.6.4** Somit liegen die Kriterien weder in hinreichender Anzahl noch Ausprägung vor, um eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung zu bejahen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist demnach zu verneinen.

Zum selben Ergebnis gelangte man, wenn die PTBS mit Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (act. II 84) als (allein) massgeblich für die Begründung der

Arbeitsunfähigkeit zu betrachten wäre: Denn selbst, wenn dies zuträfe und die PTBS entgegen dem Dargelegten (vgl. E. 3.6.2 vorne) rechtsgenügend ausgewiesen wäre, so gelangte auch diesfalls die Schmerzpraxis (vgl. E. 2.1.2 vorne) zur Anwendung (Entscheid des BGer vom 4. Dezember 2012, 8C\_483/2012, E. 4.2), wobei die diagnostizierte Schmerzstörung mit Blick auf die Ausführungen im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II 46.1 S. 42 f.) keine rechtserhebliche Komorbidität zu begründen vermöchte. Mit Bezug auf die übrigen Kriterien kann auf die Ausführungen in E. 3.6.3 verwiesen werden.

**3.7** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde 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.

**4.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.