

200 14 917 IV
KNB/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Dezember 2014

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. August 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 12. Juli 2011 unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese erteilte Kostengutsprache für ein Arbeitstraining in der Abklärungsstelle B._____, mit nachfolgendem externem Praktikum (vgl. AB 23, 28, 36). Zudem traf sie erwerbliche bzw. medizinische Abklärungen, insbesondere liess sie den Versicherten psychiatrisch begutachten (vgl. AB 41, 50.1). In der Folge stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 21. März 2014 (AB 63) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsge- suchs hinsichtlich der Invalidenrente in Aussicht. Nach Einwand des Versicherten (AB 64) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. AB 69) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 28. August 2014 (AB 70) einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 26. September 2014 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 28. August 2014 (AB 70). Streitig und zu prüfen 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 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 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 Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 26. November 2011 (AB 20) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression sowie ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom auf. Er gab hauptsächlich an, der Beschwerdeführer habe sich wegen vermehrter Tagesmüdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, verminderter Leistungsfähigkeit sowie einer Schlafstörung gemeldet. Die Abklärungen hätten ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom ergeben, wobei keine CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) indiziert gewesen sei. Im Verlaufe hätten die depressiven Symptome trotz antidepressiver Medikation zugenommen, weshalb die Überweisung an med. pract. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgt sei, der die fachärztliche Behandlung ab 16. Juli 2010 übernommen habe. Ab 8. Februar 2010 attestierte Dr. med. C._____ eine vollständige (vgl. AB 20/2 Ziff. 1.6), ab 24. Februar eine 50%ige, ab 2. April 2010 eine 30%ige, ab 7. Juni 2010 eine uneingeschränkte sowie vom 15. Juni bis 16. Juli 2010 wiederum eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 5/5-10).

3.1.2 Vom 20. September bis 3. November 2010 war der Beschwerdeführer in der Klinik E._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. November 2010 (AB 17) wurde als Diagnose nebst dem anamnestisch leichten Schlafapnoe-Syndrom eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) vermerkt. Die Ärzte und Therapeuten führten aus, der Beschwerdeführer sei in einem mittelschweren depressiven Zustand mit ausgeprägter Erschöpfungssymptomatik eingetreten und habe in stabiler psychischer Verfassung wieder entlassen werden können. Sie bescheinigten (wohl ab Eintritt) bis zum 14. November 2010 eine vollständige und bis zum 28. November 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.3 Med. pract. D. _____ attestierte gegenüber der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers ab 25. August 2010 für vier Wochen eine 30%ige, ab 28. November 2010 für vier Wochen eine 50%ige sowie von 11. Januar bis 22. Februar 2011 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 5/6-10). Im Bericht vom 26. Oktober 2011 (AB 17) diagnostizierte er im Wesentlichen eine seit Ende 2009 bestehende mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), bei aktuell gebessertem Zustand. Er erklärte, im Vordergrund stehe subjektiv eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung, jedoch sei gegenüber dem Behandlungsbeginn eine deutliche Besserung eingetreten. Die Prognose sei günstig und ab 1. Januar 2012 könne mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit im Umfang von 50 % bis 100 % gerechnet werden.

Am 18. Juni 2012 berichtete der Psychiater über einen leicht verbesserten Zustand bei unveränderter Diagnose (vgl. AB 30).

3.1.4 Im Rahmen der Sprechstunde vom 6. November 2012 führte der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, mit Blick auf den Austrittsbericht der Klinik E. _____ (AB 17) werde der Zusammenhang zwischen der Erschöpfungsdepression und der beruflich-familiären Situation bzw. Überforderung deutlich. Zur Ausscheidung invalidenversicherungsfremder Faktoren bei der Beurteilung des Gesundheitsschadens und der definitiven Leistungseinschränkung empfahl er eine neutrale psychiatrische Begutachtung. Im Übrigen sei eine neuropsychologische Untersuchung durch lic. phil. G. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, ohne Befund geblieben (vgl. AB 39/4, 40; IV-Protokoll [in den Verfahrensakten] S. 7 f., Einträge vom 6. September und 29. Oktober 2012).

3.1.5 Am 26. Februar und 8. März 2013 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. In seiner Expertise vom 9. März 2013 (AB 50.1) diagnostizierte dieser eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.0-1; vgl. AB 50.1/8 lit. A Ziff. 4). Der Gutachter erklärte, eine berufliche Überforderung bzw. eine chronische Störung des Gleichgewichts beruflicher/ausserberuflicher Aktivitäten bzw. technisch rationaler/emotionaler Bedürfniswahrnehmung und -befriedigung habe im Jahr 2010 zu einer erschöpfungsdepressiven Dekompensation

geführt. Dabei habe es sich nicht um eine erste depressive Krise, sondern um ein Rezidiv gehandelt, der Beschwerdeführer habe bereits in den Jahren 2001 und 2002 wegen einer Erschöpfungsdepression im Zusammenhang mit einem beruflichen Fiasko während mehreren Monaten mit Antidepressiva behandelt werden müssen (vgl. AB 50.1/8 lit. B). Es liege eine krankhafte depressive Vulnerabilität vor, die sich mindestens teilweise biographisch erklären lasse. Man könne allenfalls von einer neurotischen Entwicklung, nicht aber von einer Persönlichkeitsstörung sprechen. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation und es seien keine invaliditätsfremden Faktoren bekannt. Er empfehle einen Einstieg zu 60 % in einem dem bisherigen ähnlichen Berufsfeld. Die weitere Steigerung sollte von der Einschätzung des behandelnden Psychiaters bzw. des Patienten abhängig gemacht werden; je nach Verlauf sei in etwa zwei Jahren eine Verlaufsbeurteilung zu empfehlen (vgl. AB 40.1/9 f. lit. B). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe ab 8. Februar 2010 und habe nach der Hospitalisation Ende 2010 bis zur Beurteilung durchschnittlich im Umfang von zirka 50 % angehalten (vgl. AB 50.1/10 f. lit. C Ziff. 6 f.). Sowohl für die angestammte als auch eine Verweisungstätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei uneingeschränkter Leistungsfähigkeit (vgl. AB 50.1/10 f. lit. C Ziff. 2.5 und 10-15).

Anlässlich eines Telefonats vom 22. April 2013 wurde Dr. med. H._____ seitens der Beschwerdegegnerin auf die Diskrepanz in seiner Beurteilung aufmerksam gemacht, wonach er einerseits einen beruflichen Wiedereinstieg mit einem Pensum von 60 % empfehle und andererseits eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiere. Gemäss der entsprechenden Aktennotiz (AB 52) korrigierte der Gutachter seine Expertise dahingehend, dass momentan eine zeitliche Belastbarkeit von 50 % bestehe.

3.1.6 Dr. med. F._____ erachtete das Gutachten anlässlich der Sprechstunde vom 26. Juli 2013 als schlüssig und nachvollziehbar. Er gab an, die psychische Krankheit sei von langer Dauer, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und bestehe trotz fachärztlicher Therapien weiterhin (vgl. AB 60).

3.1.7 Mit Zuschrift vom 23. Mai 2014 (AB 67) schloss sich med. pract. D._____ der Einschätzung von Dr. med. H._____ an und betrachtete seinen Patienten im angestammten Beruf höchstens für 50 % arbeitsfähig. Auch das Arbeitstraining in der Abklärungsstelle B._____ habe eine Leistungsobergrenze von 50 % gezeigt. Er beurteile die Prognose inzwischen nicht mehr als günstig, da die Beschwerden bereits vier Jahre persistierten. Die Beschwerdegegnerin führe die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf soziokulturelle Umstände und nicht auf eine psychiatrische oder medizinische Störung zurück. Es sei unverständlich, dass sie die Schlussfolgerungen von Dr. med. H._____ für falsch halte, sein Gutachten aber gleichzeitig als Grundlage für die Verfügung heranziehe. Er frage sich, ob eine verlässliche Verfügung auf einem fehlerhaften Gutachten basieren könne und ob diesfalls nicht eine erneute Begutachtung erfolgen müsse.

3.1.8 In seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2014 (AB 69) monierte Dr. med. F._____, dass die Verwaltung ihre versicherungsrechtliche Beurteilung auf seine frühere Stellungnahme vom 6. November 2012 (AB 40) abstütze und jene vom 26. Juli 2013 (AB 60) unberücksichtigt lasse. Soziokulturelle Umstände stünden nicht zur Diskussion. Die Kritik von med. pract. D._____ sei verständlich, es stelle sich die Frage, ob demnach nicht eine Oberbegutachtung angezeigt wäre. Aufgrund weiterbestehender reduzierter Belastbarkeit bzw. depressiver Vulnerabilität begründe die depressive Restsymptomatik versicherungsmedizinisch nach wie vor nachvollziehbar die Minderung der Arbeitsfähigkeit um 50 %.

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.2.2 Nach der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196; SVR 2014 IV Nr. 34 S. 123 ff.).

3.3 Relevante somatische Beschwerden bestehen keine. Aus pneumologischer Sicht wurde lediglich ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert (vgl. AB 20/7 f.), das ohne weiteres therapierbar wäre bzw. ist (vgl. MATTHYS/SEEGER, Klinische Pneumologie, 4. Aufl. 2008, S. 619 f. Ziff. 14.4.5), vorliegend bestand hierfür aber keine Indikation (vgl. AB 20/2 Ziff. 1.4). Zudem ist ein Schlafapnoe-Syndrom mit diesem Schweregrad prinzipiell nicht geeignet, die erwerbliche Leistungsfähigkeit in erheblicher Weise zu beeinträchtigen, resultiert daraus doch lediglich im Sinne einer Monotonie-Intoleranz eine Einschlafneigung bei geringer psychophysiologischer Beanspruchung, beispielsweise beim Fernsehen oder Le-

sen (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1908; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 1. Mai 2006, I 854/05, E. 3.2).

Damit beschränken sich die im vorliegenden Kontext wesentlichen Beeinträchtigungen auf die psychiatrische Fachdisziplin. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2014 (AB 70) diesbezüglich auf die Erkenntnisse aus der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. H. _____, anerkannte dessen diagnostische Einordnung der Beschwerden und erklärte explizit, dass auf die Einschätzung des Gutachters abgestellt werden könne. Damit mass sie der Expertise vom 9. März 2013 (AB 50.1) – unbesehen der abweichenden rechtlichen Würdigung – vollen Beweiswert bei. Diese Schlussfolgerung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, zumal der anfängliche Widerspruch bezüglich der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit ausgeräumt wurde (vgl. AB 52) und keine divergierenden ärztlichen Berichte vorliegen, die geeignet wären, den Beweiswert des schlüssigen Administrativgutachtens zu erschüttern. Die gutachterliche Einschätzung korreliert vielmehr mit den Einschätzungen sowohl des behandelnden med. pract. D. _____ (vgl. AB 67) als auch mit jener des RAD-Arztes Dr. med. F. _____ (AB 60, 69). Weitere medizinische Sachverhaltserhebungen sind damit nicht erforderlich (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

Demnach ist in tatsächlicher Hinsicht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) jedenfalls erstellt, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (vgl. AB 50.1/9 lit. B) und der Beschwerdeführer einzig an einer leicht- bis mittelgradigen Episode einer depressiven Störung (ICD-10: F33.0 bzw. F33.1) leidet (vgl. AB 50.1// lit. A Ziff. 4), welche nicht als unklares Beschwerdebild im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren ist (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 3.2 und 4.2.3). Indes ist es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache der Arztperson, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten – d.h. trotz zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbaren – Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation be-

steht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 3.2.2 hievor; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195; SVR 2014 Nr. 34 S. 124 E. 3.1). Es ist deshalb nachfolgend im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können.

4.

4.1 Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Ist dagegen eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (eventuell in einem ge-

schützten Rahmen) und einem Erwerb nachzugehen (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2, Nr. 22 S. 96 E. 2.5.1; vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299).

4.2 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 (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C_260/2009, E. 2.3 u. vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Zudem liegt selbst bei einer depressiven Episode mittleren Grades definitionsgemäss ein vorübergehendes Leiden vor, womit es an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3).

Eine rezidivierende depressive Störung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 176 ff.) unterscheidet sich von einer depressiven Episode hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung (vgl. Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C_917/2012, E. 3.2). Dass eine depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde, ändert aber nichts daran, dass diesbezüglich rechtsprechungsgemäss ebenso wenig ein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens vorliegt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_104/2014, E. 3.3.4).

4.3 Dr. med. H._____ gab an, es seien keine invaliditätsfremden Faktoren bekannt, gleichzeitig räumte er aber ein, die krankhafte depressive Vulnerabilität lasse sich mindestens teilweise biographisch erklären (vgl. AB 50.1/9 lit. B). Dr. med. F._____ wies anlässlich der Sprechstunde vom 6. November 2012 (vgl. AB 40) noch auf die beruflich-familiäre Situation bzw. Überforderung des Beschwerdeführers hin und erachtete zur Ausscheidung invaliditätsfremder Faktoren eine psychiatrische Begutachtung

für angezeigt; in seiner späteren Stellungnahme vom 17. Juni 2014 (AB 69) vertrat er aber die Auffassung, dass soziokulturelle Umstände nicht zur Diskussion stünden. Auch der behandelnde med. pract. D. _____ führte die Arbeitsunfähigkeit offenbar nicht auf soziokulturelle Umstände zurück (vgl. AB 67).

Aus den Akten ergeben sich jedoch zahlreiche Hinweise auf psychosoziale Belastungs- bzw. Einflussfaktoren: So bestand noch im Jahr 2010 aus einem früheren Konkurs eine Verschuldung (vgl. AB 17/10, 50.1/5 lit. A Ziff. 2). Anlässlich der stationären Behandlung in der Klinik E. _____ setzte der Beschwerdeführer sich zum Ziel, als Ehemann und Vater Verantwortung zu übernehmen und einen «Ehe-Abend» einzuführen (vgl. AB 17/7 f.), was auf bisherige diesbezügliche Defizite hindeutet. Im Mai 2011 erlebte er eine «grosse Krise» im Zusammenhang mit einem Konflikt mit seiner Ehefrau, worauf er einen Abschiedsbrief verfasste und in suizidaler Absicht in den Wald ging (vgl. AB 50.1/6 lit. A Ziff. 2). Das Verhältnis zu seinem Sohn beschrieb er im Jahr 2010 als «eher schwierig» (AB 17/11) und im Jahr 2013 brach dieser die Berufslehre ab (vgl. AB 50.1/5 lit. A Ziff. 2). Der Kontakt des Beschwerdeführers zu seinen Eltern soll «eher distanziert» sein (vgl. AB 17/11) – seine Mutter soll sich trotz seiner Bitte geweigert haben, mit ihm gelegentlich telefonischen Kontakt zu pflegen (vgl. AB 50.1/4 lit. A Ziff. 2) und die Schwiegermutter diene «fast» als Mutterersatz (vgl. AB 17/11). Seitens der ehemaligen Arbeitgeberin wurde nebst gesundheitlichen Problemen (vgl. AB 8, 11) eine Reorganisation im Geschäftsbereich als Grund für die einvernehmliche Auflösung des Arbeitsverhältnisses genannt (vgl. AB 11/1 Ziff. 2.2), wobei betriebliche Umstrukturierungen, die den Beschwerdeführer übermässig belastet hätten, im Rahmen der Exploration nicht zur Sprache kamen (vgl. AB 50.1/6 lit. A Ziff. 2). Dr. med. H. _____ ging unter anderem von einer beruflichen Überforderung aus und beschrieb den Beschwerdeführer als eine Persönlichkeit mit akzentuierten, auf Leistung ausgerichteten Zügen. Es bestehe eine reaktive ausgeprägte Leistungsorientiertheit sowie eine Fokussierung auf die Arbeit (vgl. AB 50.1/8 f. lit. B).

4.4 Bei dieser Ausgangslage kann unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Kasuistik (vgl. E. 4.1 f. hievor) aus rechtlicher Sicht nicht

unbesehen der aktenkundigen psychosozialen Belastungssituationen auf die rein gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht durchaus zutreffen und mit den Erkenntnissen aus dem Arbeitstraining in der Abklärungsstelle B._____ (vgl. AB 31/4) bzw. dem begleiteten externen Praktikum (vgl. AB 48/3) übereinstimmen mag. Die medizinisch unter eine leicht- bis mittelschwere Episode einer depressiven Störung subsumierten Beeinträchtigungen – bei ausdrücklichem gutachterlichem Ausschluss einer Persönlichkeitsstörung – werden offensichtlich durch die erwähnten ausgeprägten psychosozialen Faktoren bestimmt und stellen damit hier rechtsprechungsgemäss keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar. Anders verhielte es sich bei einer chronifizierten mittelgradigen Depression mit wiederholten schweren Episoden (vgl. Entscheidung des BGer vom 27. Mai 2014, 8C_242/2014, E. 5.3), welche hier jedoch nicht vorliegt.

Damit sprach die Beschwerdegegnerin den psychischen Beschwerden zu Recht die invalidisierende Wirkung ab, womit die angefochtene Verfügung vom 28. August 2014 (AB 70) nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. September 2014 erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 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):
 - A. _____
 - 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.