

200 16 228 IV
FUR/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Mai 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1988 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 13. Januar 2012 mit Hinweis auf eine seit September 2011 bestehende psychische Erkrankung bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere sprach sie ihm Integrationsmassnahmen (Aufbautraining; AB 26, 34) sowie Taggeld (AB 25) zu. Nach vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 60) verneinte die IVB mangels Vorliegens einer Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar 2013 mit Verfügung vom 22. Februar 2014 (AB 61) den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 12. März 2014 (AB 62) meldete die involvierte Krankentaggeldversicherung den Versicherten bei der IVB zur Früherfassung an. Dieser reichte seine Anmeldung zum Leistungsbezug mit Hinweis auf eine seit 2009 bestehende psychische Erkrankung am 20. April 2014 ein (AB 68). Erneut tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen (Coaching; AB 101, 111, 115) und beauftragte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit einer Untersuchung. Gestützt auf dessen psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten vom 21. Juli 2015 (AB 122.1) sowie nach Gutsprache von beruflichen Massnahmen (beratende Begleitung zum Erhalt des Arbeitsplatzes; AB 128, 151) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. September 2015 (AB 129) bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Hiergegen erhob B._____ insbesondere mit Beilage eines Berichts des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 25. Oktober 2015 (AB 139/3) Einwände (AB 136, 139). Nach Einholung einer Stellungnahme bei Dr. med.

D. _____ vom 20. Dezember 2015 (AB 144) entschied die IVB mit Verfügung vom 15. Januar 2016 (AB 146) wie im Vorbescheid angekündigt.

C.

Mit Eingabe vom 17. Februar 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C. _____, B. _____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2016 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers datiert vom 24. März 2016.

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 15. Januar 2016 (AB 146). 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). 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 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 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.4 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Per-

son glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5 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 Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 20. April 2014 (AB 68) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 20. Februar 2014 (AB 61) und der hier angefochtenen Verfügung vom

15. Januar 2016 (AB 146) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen, eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 20. Februar 2014 im Wesentlichen auf den undatierten, der Beschwerdegegnerin am 7. Januar 2014 (AB 59) zugegangenen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____. Darin diagnostizierte dieser eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F31.7; S. 2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer habe ab dem 1. Februar 2013 eine eigene Wohnung bezogen, ab 22. April 2013 das Studium in ... an der Fachhochschule in ... aufgenommen und ab Juli 2013 eine 50%-ige Arbeitsstelle als ... beim F._____ angetreten (S. 2 f. Ziff. 1.4). Als .../... habe vom 15. Juni 2012 bis 31. Januar 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 3 Ziff. 1.6). Zu berücksichtigen sei, dass der Beschwerdeführer an einer erhöhten Stressvulnerabilität, einer hohen Sensitivität sowie einem ständigen Gefühl innerer Anspannung, d.h. unter Einschränkungen der Konzentration und der Belastbarkeit leide. Geräusche im Wohnblock könnten ihn sosehr stören, dass er aus der Wohnung gehen müsse. Stosszeiten, Menschenansammlungen sowie eine Geräuschkulisse am Arbeitsplatz sollten vermieden werden (S. 3 Ziff. 1.4 i.V.m. S. 5).

3.3 Der nun angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2016 lagen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

3.3.1 Im Bericht der G._____ vom 2. Mai 2014 (AB 75/7) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) seit ca. Januar 2014 diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1.1). Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit wurde vom 1. Februar bis 4. Mai 2014 attestiert (S. 2 Ziff. 1.6). Die depressiven Symptome würden sich in Form von sozialem Rückzug, Gefühl der Insuffizienz, kognitiver Einbusse mit konsekutiv verminderter Auffassungs- und Merkfähigkeit sowie Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen auf die Arbeit auswirken. Aktuell sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit an zwölf Stunden pro Woche zumutbar (Ziff. 1.7). Er sei betreffend Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit in dem Sinne eingeschränkt,

dass er nur zeitlich beschränkt einsetzbar sei, schneller ermüde und eine längere Regeneration erforderlich sei (S. 5).

3.3.2 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 7. Juli 2014 (AB 86/2) eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F31.3; S. 2 Ziff. 1.1). Es bestehe ein mehrheitlich subklinischer Verlauf bei jedoch erhöhter Stressvulnerabilität, hoher Sensitivität (Geräusche im Wohnblock könnten den Versicherten so sehr stören, dass er aus der Wohnung gehen müsse, Stosszeiten, Menschenansammlungen sowie eine Geräuschkulisse am Arbeitsplatz seien zu vermeiden) und ein ständiges Gefühl innerer Anspannung. Aktuell sei der Versicherte nun stimmungstabiler. Nach wie vor bestünden eine grosse Geräusch- und Stressvulnerabilität und wiederholt mehrere Tage dauernde Phasen von Antriebsminderung, Adynamie und Bedrücktheitsgefühl (S. 3 Ziff. 1.4). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 3. Mai 2014 im Umfang von 30-60% (S. 3 Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer könne ca. vier bis sechs Stunden arbeitstätig sein, sofern er die Möglichkeit habe, sich auf seine Aufgaben zu konzentrieren und weitgehend reizabgeschirmt sei (S. 4 Ziff. 1.7). Das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit seien eingeschränkt, nicht aber das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Fahrtauglichkeit (S. 6).

3.3.3 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 4. September 2014 (AB 95) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.0), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0; S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer leide unter einer psychischen Einschränkung (innere Unruhe, Konzentrationsstörungen, verminderte Stresstoleranz und Belastbarkeit). Diese würde sich in Form einer schnelleren Ermüdbarkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (S. 2 Ziff. 1.7). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit Anfang 2013 (Ziff. 1.6). Das Auffassungsvermögen sei nicht eingeschränkt, die Fahrtauglichkeit gegeben. Eingeschränkt seien das Konzentrationsvermögen, die Belastbarkeit sowie die Anpassungsfähigkeit. Bei letzterer bestünden Schwierigkeiten bei neuen Arbeitsabläufen, Arbeitskollegen oder Chefwechseln (S. 4).

3.3.4 Dr. med. D._____ diagnostizierte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 21. Juli 2015 (AB 122.1) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit depressiv-ängstlichen, zwanghaften (übergenu, umständlich), neurasthenischen, somatoform-hypochondrischen, selbstunsicheren-unselbstständigen und histrionischen Anteilen, mit Abhängigkeitssyndrom von ärztlich verordneten Benzodiazepinen (ICD-10 F13.2) bei Verdacht auf eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F31.7) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; S. 19 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer leide an Verhaltensstörungen (bspw. Verhaltensauffälligkeit, Motivationsdefizit, gestörtes Selbstwertgefühl, verminderte Kontaktfähigkeit, reduzierte Frustrationstoleranz, somatoforme Reaktionen). Die Defizite seien als leicht bis mittelschwer einzustufen. Im Vordergrund stünden geringe emotionale Ressourcen und eingeschränkte Copingstrategien. (S. 28 Ziff. 7.1). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht stünden vor allem Defizite bei zwischenmenschlichen Interaktionen im Vordergrund. Sie könnten als weitgehend stabil angenommen werden. Es seien insofern berufliche Grundfertigkeiten beeinträchtigt, d.h. leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen in den Bereichen Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Kontakt-/Gruppenfähigkeit und Durchhaltefähigkeit (S. 29 Ziff. 7.2). Dem Beschwerdeführer sei seine bisherige Tätigkeit ganztags zumutbar (Ziff. 7.4). Dabei bestehe eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 40% (Ziff. 7.5). Bei einer angepassten Tätigkeit (wenig komplexe Aufgaben, selbstständige Arbeitseinteilung, wenig Kunden-/ Teamkontakt, geringe Zeit- und Leistungsanforderungen, reizarme Arbeitsumgebung) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 31 Ziff. 7.11). Die erläuterte Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe seit Oktober 2011 (S. 29 Ziff. 7.5) spätestens ab 14. Mai 2012 mit danach folgenden zweimaligen kurzzeitigen vollständigen ein- bis zweimonatigen Phasen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (S. 30 Ziff. 7.7).

3.3.5 Dr. med. E._____ führte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2015 (AB 139/3) aus, der Beschwerdeführer leide an einer affektiven bipolaren Störung. Die von Dr. med. D._____ diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) finde hingegen keinerlei Beweiswert.

Der Gutachter lasse festgelegte Standardindikatoren weitgehend ausser Acht und attestiere stattdessen dem Beschwerdeführer tendenziös „Motivationsdefizit“, wenngleich wiederholt in den Berichten auf die hohe Selbstmotivation hingewiesen werde. Gerade weil nur ein Langzeitverlauf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhärten könne, hätten zumindest weitere Abklärungen und auch eine Kontaktaufnahme mit dem Behandler aufgrund der diametral entgegengesetzten Beurteilung erfolgen sollen (S. 5 Ziff. 2).

3.3.6 Dr. med. D. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2015 (AB 144) vollumfänglich am Inhalt und Ergebnis seiner Begutachtung inkl. Einschätzung zu den Diagnosen, den dadurch begründeten objektiven psychopathologischen Befunden, deren funktionellen Auswirkungen und der resultierenden Arbeitsunfähigkeit fest (S. 2). Dr. med. E. _____ nenne in seinem Bericht vom 25. Oktober 2015 aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine neuen versicherungsmedizinisch relevanten Angaben. Insbesondere würden keine neuen objektiven tatsächlichen psychopathologischen Befunde/Defizite beschrieben. Angebliche Fehler und/oder Widersprüche im Gutachten seien nicht zu bestätigen (S. 3).

3.4 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag-

gebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 Beweiswürdigung 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer rentenverweigernden Verfügung vom 15. Januar 2016 (AB 146) im Wesentlichen auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 21. Juli 2015 (AB 122.1). Dieser kommt nach einlässlicher Diskussion der medizinischen Vorakten und der eigenen Erhebungen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) vorliegt, er diesbezüglich in seiner angestammten Tätigkeit ganztags bei einer Leistungsminderung von 40% arbeitsfähig ist und in einer angepassten Tätigkeit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden kann. Diese Einschätzung gelte seit Oktober 2011, spätestens aber ab dem 14. Mai 2012 (S. 19 Ziff. 5, S. 29 Ziff. 7.4 f., Ziff. 7.6, S. 31 Ziff. 7.11). Diese fachärztliche psychiatrische Beurteilung überzeugt. Das Gutachten erfüllt neben den von den Parteien unbestritten gebliebenen formalen Aspekten auch aus materieller Sicht die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihm uneingeschränkte Beweiskraft zu-

kommt. An den Schlussfolgerungen von Dr. med. D._____ vermögen, wie nachfolgend ausgeführt, weder die Einwände in der Beschwerde noch die dem Gutachter widersprechenden ärztlichen Berichte etwas zu ändern.

3.6 Was die im Bericht der G._____ vom 2. Mai 2014 (AB 75) diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode betrifft, so kommt Dr. med. D._____ zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Diagnose mit Bezug zum Klassifikationssystem weder beschrieben noch diskutiert wird. Die objektiven psychopathologischen Befunde lassen ein ängstlich-bedrücktes Syndrom qualitativ erkennen, der Schweregrad bleibt jedoch unklar. Das Postulat einer hierdurch bewirkten längerfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit ist nicht nachvollziehbar (AB 122.1 S. 23). Was die vom behandelnden Psychiater Dr. med. E._____ bzw. von der behandelnden Hausärztin Dr. med. H._____ diagnostizierte bipolare affektive Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F31.0 und F31.3; AB 86/2 und 95) betrifft, so konnte Dr. med. D._____ lediglich (knapp) den Verdacht auf diese Störung stellen. Zumindest wäre diese aber gegenwärtig remittiert (ICD-F31.7) und deren eigenständiger Einfluss auf die Leistungsfähigkeit ist vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu begründen (AB 122.1 S. 25). Weiter sind die ICD-10-Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode anlässlich der Untersuchung vom 26. Juni 2015 nicht (mehr) erfüllt gewesen. Die für die Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F32 erforderlichen Symptome bestehen vorliegend objektiv nicht in ausreichender Schwere bzw. Länge, um eine (allfällig andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Eine relevante und auch noch eigenständige depressive Episode gemäss ICD-10 F3 besteht somit nicht. Ebenso ist das Abhängigkeitssyndrom von ärztlich verordneten Benzodiazepinen (ICD-10 F13.2), das zurzeit suchtspezifisch behandelt wird, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ohne langdauernden negativen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit (S. 25 f.).

Somit ist vorliegend davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit depressiv-ängstlichen, zwanghaften (übergenu, umständlich), neurasthenischen, somatoform-hypochondrischen, selbstunsicheren-unselbstständigen und histrionischen Anteilen, mit

Abhängigkeitssyndrom von ärztlich verordneten Benzodiazepinen (ICD-10 F13.2) bei Verdacht auf eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F31.7) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; S. 19 Ziff. 5) vorliegt. Die restlichen von den involvierten Ärzten gestellten Diagnosen konnten gutachterlich nicht bestätigt werden.

3.7 Die Kritik des Beschwerdeführers am psychiatrischen Gutachten, wonach sich dieses nicht genügend mit den Erfahrungen der beruflichen Integration auseinandersetze (Beschwerde S. 5 Ziff. 4), ist unbegründet.

Dr. med. D._____ standen die Berichte Integrationsmassnahme der Band-Genossenschaft vom 27. Juli 2012 (AB 32) und 24. Oktober 2012 (AB 42) sowie der Bericht vom Jobcoach vom 8. Januar 2015 (AB 112) zur Verfügung (vgl. AB 122.1 S. 2). Zu den Integrationsmassnahmen finden sich im Gutachten verschiedenenorts Ausführungen (Anamnese [S. 4 f.], Krankheitsentwicklung und subjektiven Ergänzungen des Beschwerdeführers [S. 6 Ziff. 2.1], Zusammenfassung der und Kommentar zu den Akten [S. 11 ff. Ziff. 3] und Beurteilung [S. 19 ff. Ziff. 6]). Aufgrund seiner Exploration sowie sämtlicher Akten, also auch jener der beruflichen Integration, kam Dr. med. D._____ zu seiner Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dass diese - medizinischen Einschätzungen - den Ergebnissen der praktischen Erprobungen der beruflichen Integration (AB 32, 42, 112 und 116) teilweise widersprechen, ändert nichts an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Einschätzung, ist es den beruflichen Abklärungspersonen doch regelmässig nur beschränkt möglich, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen. Von einer Kontaktierung des Jobcoachs, Arbeitgebers sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____ durfte Dr. med. D._____ absehen, weil hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen wären. Die Einschätzungen des Jobcoachs und von Dr. med. E._____ flossen zudem in die gutachterliche Beurteilung ein.

Dass der „4. Kurzbericht“ des Jobcoachs vom 3. Januar 2016 (AB 145) Dr. med. D._____ beim Verfassen seines Gutachtens nicht vorlag, hat keine Schwächung der Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens zur Folge. Gleich verhält es sich mit dem beschwerdeweise in Aussicht gestellten

weiteren Bericht des Jobcoachs (Beschwerde S. 8 Ziff. 9), der nicht erstellt werden konnte (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 24. März 2016). Die im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Akten genügten ohne weiteres, um dem Experten ein umfassendes Bild zu vermitteln. So hat der Gutachter denn auch bereits ausgeführt, dass für die bisherige/angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist, weil dabei die beruflichen Grundfertigkeiten wie etwa Kontakt-/Gruppenfähigkeit leicht bis mittelschwer beeinträchtigt sind (AB 122.1 S. 29 Ziff. 7.2). Daher nannte der Gutachter als Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit auch wenig Kunden-/Teamkontakt und reizarme Arbeitsumgebung (S. 31 Ziff. 7.11), was bei der Tätigkeit im Grossraumbüro nicht der Fall wäre.

Den Akten sind auch die Gründe für den Abbruch der beiden Studien zu entnehmen. So steht bezüglich dem Abbruch des ersten Studiums im Bericht der I. _____ vom 4. Mai 2012 (AB 31/2), dass während des Studiums psychische Belastungen auf den Beschwerdeführer eingewirkt hätten und er die Prüfung nicht bestanden habe. Er habe sich zunehmend niedergeschlagen und nicht mehr leistungsfähig gefühlt (S. 2 Ziff. 3). Zum Abbruch des zweiten Studiums kann dem Gutachten von Dr. med. D. _____ entnommen werden, dass der Grund hierfür im sich im Winter 2014/2015 wieder verschlechternden Gesundheitszustand bestanden hat (AB 122.1 S. 7). Warum der Beschwerdeführer die kurzfristige Tätigkeit als ... nicht mehr länger ausgeführt hat, brauchte von Dr. med. D. _____ nicht weiter erfragt und diskutiert werden, handelt es sich dabei doch nicht um die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers und hat er im Juni 2013 eine 40%-Stelle als ... angetreten und zusätzlich das Studium der ... an einer höheren Fachschule aufgenommen (vgl. u.a. AB 122.1 S. 19 Ziff. 6). Warum die Anstellung als ... bereits in der Probezeit gekündigt wurde, musste im Gutachten ebenfalls nicht speziell abgehandelt werden, war diese Tätigkeit von Anfang an auf rund zwei Monate (15. Oktober bis 21. Dezember 2012) befristet (vgl. AB 37/2) und nahm der Beschwerdeführer hier doch lediglich die Tätigkeit als Stellvertreter wahr (AB 42 S. 4 Ziff. 8). Zudem beschrieb der behandelnde Psychiater Dr. med. E. _____ im Bericht 28. Dezember 2012 (AB 48) die Gründe, welche aus seiner Sicht zur Beendigung der Anstellung geführt hätten (S. 2 Ziff. 1.4). Auch wird im Gutachten explizit anerkannt, dass eine kurzdauernde Arbeitsunfähigkeit

vom 19. November 2012 bis 15. Januar 2013, d.h. während der vorgesehenen Zeit, als er befristet als ... Stellvertretungen hätte durchführen sollen, anzunehmen sei (AB 122.1 S. 27).

3.8 Dem vorstehend Dargelegten entsprechend überzeugen auch die vom behandelnden Psychiater Dr. med. E. _____ im Bericht vom 25. Oktober 2015 (AB 139/3) gegen das psychiatrische Gutachten vorgebrachten Kritikpunkte nicht. Dr. med. D. _____ hat zudem in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2015 hierzu nachvollziehbar Stellung genommen und die Einwände entkräftet. Zu Dr. med. E. _____ Berichten ist zudem zu sagen, dass hierbei zu beachten ist, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie u.a. auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05 E. 5.4). Psychiatrische Explorationen, wie sie vorliegend der Gutachter Dr. med. D. _____ vornahm, können von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei verlaufen und eröffnen dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte - wie hier - lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten wie jenes von Dr. med. D. _____ stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1).

3.9 Da vorliegend kein psychosomatisches Leiden im Sinne von BGE 141 V 281 vorliegt, ist eine Indikatorenprüfung nicht geboten. Ausführungen zu den vom Beschwerdeführer hierzu vorgebrachten Erläuterungen (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 5 und 6) erübrigen sich. Es ist denn auch gutachterlich überzeugend dargelegt, dass bereits aus rein medizinischer Sicht in

einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht.

4.

In der Folge ist zu prüfen, ob seit der erstmaligen rentenverneinenden Verfügung vom 20. Februar 2014 (AB 61) hinsichtlich der medizinischen oder erwerblichen Verhältnisse eine wesentliche Veränderung eingetreten ist.

4.1 Aufgrund des vollumfänglich beweiskräftigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. med. D. _____ vom 21. Juli 2015 (AB 122.1) ist zwischen der Verfügung vom 20. Februar 2014 und der nun hier angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2016 (AB 146) keine wesentliche Veränderung in den medizinischen Verhältnissen eingetreten. So hat Dr. med. E. _____ im Januar 2014 festgehalten, dass der Beschwerdeführer unter einer erhöhten Stressvulnerabilität, hohen Sensitivität und einem ständigen Gefühl der inneren Anspannung leide. Als einschränkend bezeichnete er u.a. Stosszeiten, Menschenansammlungen sowie die Geräuschkulisse am Arbeitsplatz (Ziff. 1.4). Gleichermassen präsentierten sich die Verhältnisse anlässlich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung durch Dr. med. D. _____ im Juni 2015. Dieser bezeichnete den Beschwerdeführer nachvollziehbar und überzeugend in einer angepassten Tätigkeit seit Oktober 2011, spätestens seit dem 14. Mai 2012 und damit bereits vor der erstmaligen rentenverweigernden Verfügung vom Februar 2014 als vollständig arbeits- und leistungsfähig (AB 122.1 S. 31 Ziff. 7.10 f.). Die von ihm postulierten Einschränkungen in den Bereichen Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Kontakt-/Gruppenfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit (S. 29 Ziff. 7.2) und Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit (u.a. wenig komplexe Aufgaben, selbstständige Arbeitseinteilung, wenig Kunden-/ Teamkontakt, geringe Zeit- und Leistungsanforderungen, reizarme Arbeitsumgebung [S. 31 Ziff. 7.11]) decken sich denn auch weitgehend mit den von Dr. med. E. _____ postulierten Einschränkungen bzw. gehen in diesen auf. Dass die beiden Mediziner verschiedene Diagnosen stellen, begründet keine Veränderung. Es handelt sich hierbei um

eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes.

4.2 Eine wesentliche Änderung in den erwerblichen Verhältnissen liegt ebenfalls nicht vor. Nach wie vor hat der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Stelle angetreten. Vielmehr hat er weiterhin die im Juli 2013 angetretene (Ab 59 S. 3 Ziff. 1.4) Teilzeitstelle als ... beim F. _____ inne (AB 122.1 S. 5 Ziff. 1). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer das am 22. April 2013 parallel hierzu aufgenommene Studium der ... nach zwei Semestern abgebrochen hat (vgl. u.a. Ab 122.1 S. 5 Ziff. 1), stellt ebenfalls keine Veränderung in den erwerblichen Verhältnissen dar. Der Beschwerdeführer war und ist nicht dem Zumutbarkeitsprofil entsprechend eingegliedert. Diesbezüglich kann offen gelassen werden, ob er angesichts der begonnenen Studien überhaupt die Absicht hegte, mehr als zu 50% erwerbstätig zu sein (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Mai 2016, 9C_178/2015 [zur Publikation vorgesehen], E. 7.3).

4.3 Aufgrund des Dargelegten haben sich im Zeitraum zwischen der der erstmaligen Rentenverneinung am 20. Februar 2014 (AB 61) und der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Januar 2016 (AB 146) weder die erwerblichen noch die medizinischen Verhältnisse wesentlich verändert. Deshalb ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ohne weiteres abzulehnen. Die angefochtenen Verfügung ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art.

108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht nicht Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (mit Eingabe vom 24. März 2016)
 - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.