

200 16 383 IV
LOU/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. August 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. März 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 24. April 2015 unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese ermittelte einen Invaliditätsgrad von 16 % und wies das Leistungsgesuch hinsichtlich einer Invalidenrente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 28) mit Verfügung vom 2. März 2016 (AB 29) ab.

B.

Mit Eingabe vom 18. April 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinne eines Verfahrensantrages ersuchte er wegen der kurzfristigen Mandatierung seines Rechtsvertreters um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels.

In Ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die mit prozessleitender Verfügung vom 23. Mai 2016 angesetzte und in der Folge bis 13. Juli 2016 erstreckte Frist zum Einreichen einer Replik liess der Beschwerdeführer unbenutzt verstreichen. Am 8. August 2016 hielt er an seinen Rechtsbegehren fest und legte einen zusätzlichen medizinischen Bericht ins Recht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 6).

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 2. März 2016 (AB 29). 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-

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann

einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.5 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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschrei-

ben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. 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. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2016 (AB 29) in medizinischer Hinsicht auf ein von der C._____ als Trägerin der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenes bidisziplinäres (orthopädisches bzw. psychiatrisches) Gutachten der MEDAS D._____ vom 13. November 2015 (AB 27.2-27.4). Darin wurden die nachstehenden Diagnosen vermerkt (AB 27.2/5 lit. D Ziff. 4):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Anankastische Persönlichkeitszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstrukturstörung
- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei:
 - MRI-gesicherter Diskopathie auf Stufe L4/5, Osteochondrose, Protrusio disci und im MRI beschriebenen Kontakt zur L5-Wurzel ohne korrelierende Klinik, mehrsegmentale linksbetonte Fazettengelenkarthrose
 - blander rumpfmuskulärer Dysbalance

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1), nicht aber den anankastischen Persönlichkeitszügen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt (AB 27.4/6

Ziff. 4). Die Experten attestierten retrospektiv und aktuell aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 24. November 2014 bis 31. Dezember 2015. Ab Januar 2016 sei von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit auszugehen; mittelfristig sei im Verlaufe des Jahres 2016 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten (AB 27.2/6 lit. D Ziff. 5 und 8, 27.4/7 Ziff. 5). Orthopädisch sei durchgehend von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für leichte rückenadaptierte Tätigkeiten (wechselbelastende Verrichtungen mit einem Hebe-, Trage- und Bewegungslimit von zehn Kilogramm) auszugehen, wobei nach Realisierung von therapeutischen Massnahmen innerhalb von drei Monaten eine Arbeitsfähigkeit auch für mittelschwere Tätigkeiten möglich werden sollte (AB 27.2/6 lit. D Ziff. 5 und 8, 27.3/6 f. Ziff. 5).

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).

3.3 Die Beurteilung der MEDAS D. _____ vom 13. November 2015 (AB 27.2-27.4) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt grundsätzlich vollen Beweis.

3.3.1 Vorab ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein Administrativgutachten in Auftrag gegeben, sondern auf das zuhanden der C. _____ erstattete Gutachten abgestellt hat. Wenngleich die Bereitstellung der medizinischen Entscheidungsgrundlage nach Art. 43 Abs. 1 ATSG in erster Linie Sache des Sozialversicherungsträgers ist, bleibt es der IV-Stelle im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und des Amtsbetriebs unbenommen – respektive kann es im Rahmen der

Verhältnismässigkeit und im Sinne der raschen Verfahrenserledigung sogar geboten sein –, gegebenenfalls auf ein ausserhalb des Invalidenversicherungszweiges erstattetes Gutachten abzustellen. Diesfalls wird dem Umstand, dass die spezifischen verfahrensrechtlichen Vorgaben keine Anwendung fanden, dadurch Rechnung getragen, dass die Expertise im Verfahren der Invalidenversicherung nicht den erhöhten Beweiswert eines versicherungsexternen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3) genießt. Im Übrigen hätte die Beschwerdegegnerin den Auftrag für eine bidisziplinäre Expertise ebenfalls freihändig der MEDAS D. _____ vergeben dürfen (vgl. BGE 139 V 349) und handelt es sich bei dieser Gutachterstelle um eine solche, die gestützt auf eine Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) auch als MEDAS fungiert und den diesbezüglichen Qualitätsanforderungen zu genügen hat (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3 S. 245 f.).

3.3.2 Im Gutachten vom 13. November 2015 (AB 27.2-27.4) gelangten die Dres. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und F. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in diagnostischer Hinsicht zu überzeugenden Schlussfolgerungen.

Der Orthopäde stützte sich auf die Erkenntnisse aus der klinischen Exploration sowie den bildgebenden Abklärungen vom 26. Oktober 2015 (AB 27.6/1). Er berücksichtigte, dass die im früheren MRI-Befund der LWS vom 8. Mai 2015 (AB 21.2/6) noch beschriebenen radikulären Kontakte nicht mehr in Erscheinung traten (AB 27.3/6 Ziff. 5) und demgemäss – anders als während der akuten Lumbalgie seitens Prof. Dr. med. G. _____ und der Oberärztin Dr. med. H. _____, beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostiziert (AB 21.2/4, 25/1 Ziff. 1.1, 25/5) – nicht mehr ein exazerbierendes *lumboradikuläres* Schmerzsyndrom vorlag. Er zeigte differenziert auf, dass das funktionelle Leistungsvermögen aufgrund der seit Jahren bestehenden tieflumbalen Schmerzen für leidensadaptierte Tätigkeiten selbst während der akuten Phase für leichte rückenadaptierte Tätigkeiten durch-

gehend unbeeinträchtigt blieb, was insoweit mit der Auffassung von Dr. med. H. _____ korreliert, als diese erklärte, vom Rücken her seien keine Einschränkungen gegeben (AB 25/2 Ziff. 1.7). Demgegenüber vermochte der Hausarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nicht näher zu begründen, weshalb seines Erachtens medizinisch-theoretisch auch in einer Verweisungstätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll (AB 11.2/1 Ziff. 6, 21.2/2 Ziff. 5). Dasselbe gilt für den ab 4. Mai 2015 konsultierten Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (AB 21.2/7 Ziff. 6).

Die von Dr. med. F. _____ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1; AB 27.4/6 Ziff. 4) divergiert nicht mit den Angaben der behandelnden Ärzte. So erwähnte Dr. med. K. _____ lediglich eine Depression (AB 11.2/2 Ziff. 4, 21.2/5 Ziff. 2), ohne den Schweregrad näher zu bestimmen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer wegen akuter Suizidalität mittels eines ärztlich angeordneten fürsorglichen Freiheitsentzugs (FU) vom 23. bis 24. März 2016 im Psychiatricentrum L. _____ stationär behandelt wurde, ist für die hier zu entscheidende Problematik unbeachtlich. Wohl wurde im Austrittsbericht des Psychiatricentrums L. _____ (BB 4) die ICD-Klassifikation für eine gegenwärtig schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.3) festgehalten, eine allfällige Verschlimmerung des Gesundheitszustandes in jenem Zeitpunkt läge jedoch jenseits des gerichtlichen Überprüfungshorizonts (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Immerhin ist anzumerken, dass Dr. med. F. _____ die im besagten Austrittsbericht erwähnten psychotischen Episoden im Sinne von akustischen Halluzinationen (Stimmenhören [BB 4 Ziff. 1 Lemma 1]) in ihre Beurteilung bereits miteinbezogen hatte (AB 27.4/2 Ziff. 2.1) und überdies der ab 1. April 2016 neu behandelnde Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in den Berichten vom 7. April und 28. Juni 2016 (BB 5 f.) wiederum von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) ausging.

3.3.3 Der Beschwerdeführer hat keine substantiierten Rügen vorgebracht, die geeignet wären, den grundsätzlichen Beweiswert der bidisziplinären Beurteilung der Dres. med. E. _____ und F. _____ in Zwei-

fel zu ziehen; entsprechende Umstände sind denn auch nicht ersichtlich. Jedenfalls genügt die pauschale Bemerkung, der effektive Gesundheitszustand und dessen Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit seien offenbar noch nicht restlos abgeklärt (Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 4), hierfür nicht. Für weitere Sachverhaltserhebungen (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 3) besteht kein Bedarf (antizipierte Beweismündigung [vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.4 Nach dem vorstehend Dargelegten hat nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) als erstellt zu gelten, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (AB 29) aus somatischer Sicht für leichte rückenadaptierte Beschäftigungen uneingeschränkt arbeitsfähig war und als einzige relevante psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bestand. Ob die von Dr. med. F. _____ bis 31. Dezember 2015 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus rein medizinischer Sicht zutreffend bzw. die prognostizierte 70%ige Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2016 eingetreten ist, kann – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – letztlich offen bleiben. Denn bezüglich der seitens der Psychiaterin bescheinigten Arbeitsunfähigkeit gilt es zu berücksichtigen, dass es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache des Arztes ist, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 2.5 hiavor; 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, ob unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können.

4.

4.1 Die diagnostizierte depressive Episode ist – ebenso wie eine eigentliche depressive Störung – per se nicht als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 3.2 und 4.2.3; Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Oktober 2014, 9C_856/2013, E. 3.1, und vom 15. Januar 2013, 8C_217/2012, E. 5.3.1), womit sich eine Prüfung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 (vgl. auch AB 27.4/7 f. lit. A und B) – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Eingabe vom 8. August 2016 S. 1) – erübrigt. Zwar hat das Bundesgericht jüngst offen gelassen, ob die Praxis nach BGE 141 V 281 auf alle psychischen Leiden auszudehnen sei (Entscheid des BGer vom 7. Juli 2016, 8C_676/2015, E. 5.3 [zur Publikation vorgesehen]). So oder anders hat BGE 141 V 281 aber an der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, nichts geändert (Entscheid des BGer vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 7.2.1 mit Hinweisen).

4.2 Vorliegend ist aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen, dass bereits anfänglich ein reaktives Geschehen vorlag bzw. psychosoziale Umstände zur Dekompensation führten. So beschrieb Dr. med. K._____ im Bericht vom 22. Januar 2015 (AB 11.2/2) eine «Depression nach Scheidung», zudem wurde das letzte Arbeitsverhältnis per 28. Februar 2015 arbeitgeberseitig aufgelöst (AB 6/3, 19/2 Ziff. 2.1). Das depressive Geschehen wurde offensichtlich auch im weiteren Verlauf durch psychosoziale Faktoren getriggert bzw. unterhalten. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 20. Oktober 2015 an, er habe unter der Scheidung bzw. Trennung sehr gelitten (AB 27.4/3 Ziff. 2.4) und Sorge sich bezüglich eines zukünftigen Partnerschaftslebens (AB 27.4/5 Ziff. 3). Noch im März 2016 wurde im Zusammenhang mit der kurzen Hospitalisation über einen «gravierenden psychosozialen Stressfaktor» berichtet (BB 4/1), was bedeutet, dass die depressive Episode während des gesamten hier massgebenden Zeitraums – mithin bis zum Verfügungserlass vom 2. März 2016 (AB 29) – durch derartige Umstände massgebend (mit)bestimmt wurde (vgl. E. 2.3 hiavor).

Hinzu kommt, dass die mittelgradige depressive Episode vorliegend als therapierbar einzustufen ist. Der Beschwerdeführer stand ab 24. November 2014 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. K. _____ (AB 11.2/2 Ziff. 1) und konsultierte nach deren Tod den in derselben Praxis tätigen Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 27.4/2 Ziff. 2.1), sowie ab 1. April 2016 Dr. med. M. _____ (BB 5 f.). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Therapie als gescheitert zu betrachten und von einem resistenten Leiden auszugehen wäre. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin in allen Teilen zutreffend dargelegt (Beschwerdeantwort S. 3 f. lit. C lit. b Ziff. 8), worauf verwiesen werden kann, dass noch ein medikamentöses Therapiepotential besteht und der Beschwerdeführer aufgrund der bisherigen therapeutischen Bemühungen über einen strukturierten Alltag und intakte soziale Beziehungen verfügt. Die insgesamt positive Situation spiegelt sich denn auch in der durchaus günstigen und kurzfristig erfolgversprechenden ärztlichen Prognose (AB 27.4/8 Ziff. 5) sowie der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (AB 27.4/4 Ziff. 2.5) wieder. Dass Dr. med. M. _____ im neusten Bericht vom 28. Juni 2016 (BB 6) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nunmehr von einer Behandlungsresistenz ausgeht und angibt, sein Patient beklage in allen Lebensbereichen Einschränkungen, vermag daran nichts zu ändern, zumal diese Ausführungen nicht den hier relevanten Überprüfungszeitraum beschlagen.

4.3 Bei dieser Ausgangslage kann unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Praxis (vgl. E. 2.3, 2.5 und 4.1 hiervor) aus rechtlicher Sicht nicht auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. med. F. _____ abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht allenfalls zutreffen mag. Damit ist das Bestehen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens nicht ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin ging demzufolge richtigerweise von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit aus. Der durchgeführte Einkommensvergleich (AB 29/2) wurde beschwerdeweise nicht gerügt und gibt lediglich zur Bemerkung Anlass, dass für das Valideneinkommen nicht auf die Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin abzustellen ist, da das Arbeitsverhältnis aus invaliditätsfremden Gründen aufgelöst wurde und im hypothetischen Gesundheitsfall nicht mehr bestünde. Dies wirkt sich aber

nicht entscheidend aus, so oder anders wird kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.4 hiervor) erreicht. Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 2. März 2016 (AB 29) einen Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht, womit die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

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. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und 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. 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):

- Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe vom 8. August 2016 mit Beilage)
- 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.