

200 17 121 IV
SCP/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Mai 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
handelnd durch seinen Beistand B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2015 unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 3). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, insbesondere liess sie den Versicherten psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 3. Oktober 2016; act. II 46.1 S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2016 (act. II 47) stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 49) erliess die IVB am 23. Dezember 2016 eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (act. II 51).

B.

Mit Eingabe vom 1. Februar 2017 erhob der Versicherte, handelnd durch B._____, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw C._____, Beschwerde. Er lässt folgende Anträge stellen:

1. Die Verfügung vom 23. Dezember 2016 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei die ihm zustehende ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen sei zu bejahen.
4. Eventualiter: Die Beschwerdegegnerin habe den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend abzuklären und im Nachgang erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 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 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 23. Dezember 2016 (act. II 51). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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). 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). 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierender Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 weitge-

hend 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

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

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

3.

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

3.1.1 Im Bericht der Klinik D. _____ vom 13. März 2015 (act. II 32 S. 59 – 65), in welcher der Beschwerdeführer vom 8. Dezember 2014 bis 5. Februar 2015 hospitalisiert war, diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Episode, aktuell schwere Episode mit Angst (ICD-10 F33.2), akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine koronare Herzkrankheit mit subakutem NSTEMI bei proximalem RCX-Verschluss (Juli 2014), eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, eine HIV-Infektion (April 2002), ein Kaposisarkom (Juni 2006), und eine Hepatitis C (März 2010).

3.1.2 Die med. pract. F. _____ und G. _____ führten im Bericht des Spitals H. _____ vom 3. Juni 2015 (act. II 32 S. 69 – 71) über die Hospitalisation vom 17. bis 24. Mai 2015 als Diagnosen eine Clostridien-Kolitis, eine schwere Hypokaliämie und Hypophosphatämie bei Diarrhoe, eine Hepatitis C, eine HIV-Infektion, eine Polytoxikomanie, eine mässige Energie- und Eiweissmangelernährung (ICD-10 E44.0) und als Nebendiagnosen eine arterielle Hypertonie, einen St. n. Stenting mit Scaffold bei proximalem RCX-Verschluss und NSTEMI sowie einen St. n. Hornhauttransplantation bds. bei Keratokonus auf.

3.1.3 Vom 16. Juli 2015 bis 5. November 2015 befand sich der Beschwerdeführer in den psychiatrischen Diensten I. _____ in stationärer Behandlung. Im abschliessenden Austrittsbericht vom 22. Februar 2016 (act. II 30) diagnostizierten med. pract. J. _____ und Dr. med. K. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61), eine Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.0) und eine Obdachlosigkeit (ICD-10 Z59.0). Als somatische Nebendiagnosen nannten sie eine koronare Dreigefässerkrankung, eine arterielle Hypertonie, eine QTc-Zeitverlängerung, eine chronische Hypokaliämie, eine leichte respiratorische

Partialinsuffizienz unklarer Ätiologie, eine chronische Hepatitis C (ED 2010), eine HIV-Infektion (ED 2001), eine Hyperlipidämie und eine seborrhoische Dermatitis der Kopfhaut. Aus psychiatrischer Sicht habe keine Indikation für eine Fortführung der Hospitalisation bestanden, auch weil die Zusammenarbeit mit dem klinikinternen Sozialdienst verweigert worden sei. Das psychische Zustandsbild sei stabil gewesen. Da zum Ende der Hospitalisation vor allem somatische Komplikationen im Vordergrund gestanden seien, sei die Verlegung in das Spital L. _____ erfolgt (S. 3).

3.1.4 Im Austrittsbericht des Spitals L. _____ vom 4. August 2015 (act. II 32 S. 41 – 43) über die Hospitalisation vom 22. Juli bis 4. August 2015 wurden als Diagnosen eine Bakteriämie mit Staphylokokkus aureus, eine Pneumonie linksbasal im Rahmen Dg 1, eine Hypokaliämie, eine HIV-Infektion, eine chronische Hepatitis C, ein St. n. Leus-Infektion, eine koronare Herzkrankheit mit subakutem posteriorem NSTEMI, eine arterielle Hypertonie, eine rezidivierende depressive Episode mit/bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (narzisstisch), schwerer sozialpsychiatrischer Problematik bei Anpassungsstörung seit Jahren, sowie Substanzabusus/-abhängigkeit, ein Fibrolipom thorakal links mit Weichteilinfekt nach subkutaner Ketamininjektion und eine Konjunktivitis bei St. n. Hornhauttransplantation bei Keratokonus bds. genannt. Am 30. September 2015 war der Versicherte wiederum im Spital L. _____ hospitalisiert. Dabei wurden zusätzlich eine QTc-Zeit-Verlängerung, eine respiratorische Partialinsuffizienz unklarer Ätiologie, eine Hyperlipidämie diagnostiziert und die rezidivierende depressive Episode als aktuell schwere Episode bezeichnet (act. II 32 S. 31 f.). Weitere Hospitalisationen fanden im Spital L. _____ am 26. Oktober 2015 (act. II 32 S. 21 f.), vom 5. bis 10. November 2015 (act. II 32 S. 15 - 18) und vom 2. bis 12. Dezember 2015 (act. II 18 S. 5 – 7) statt. Anlässlich der letzten beiden Aufenthalte wurden ausserdem als Diagnosen eine seborrhoische Dermatitis der Kopfhaut (act. II 32 S. 16) bzw. ein infiziertes Hämatom am Oberschenkel rechts (act. II S. 18 S. 5 f.) festgehalten.

3.1.5 Der Hausarzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vermerkte im Arztbericht vom 3. März 2016 (act. II 32 S. 1 – 5) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende de-

pressive Störung, schwere Episode Juli 2015 (ICD-10 F33.2) mit/bei kombinierter Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, soziophobischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61), Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), Obdachlosigkeit ICD-10 Z59.0) und psychosozialer Verwahrlosung, sowie eine koronare Herzkrankheit mit/bei subakutem posterioem NSTEMI bei proximalem RCX-Verschluss. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, eine HIV-Infektion und eine chronische Hepatitis C. Es bestehe eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit für schwere körperliche Arbeit (schwere Lasten heben, Kopfüberhandarbeiten, Arbeit auf Leitern/Gerüsten wegen koronarer Herzkrankheit und arterieller Hypertonie. Aufgrund der HIV-Infektion und der Hepatitis C liege derzeit keine Einschränkung vor). Bei schwerwiegender psychiatrischer Problematik im bisherigen langen Verlauf bestehe eine schwere Einschränkung der psychischen und damit geistigen Leistungsfähigkeit in Bezug auf Vermittelbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Coaching und Finden einer beruflichen Tätigkeit sowie des Selbsterwerbs (S. 3).

3.1.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 3. Oktober 2016 (act. II 46.1 S. 2 ff.) diagnostizierte PD Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Als Diagnose ohne wesentliche Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit nannte er eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2), einen St. n. schädlichem Gebrauch von Ketamin und einen St. n. schädlichem Gebrauch von Ecstasy und Speed (ICD-10 F15.1; S. 19). Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufgrund der depressiven Symptomatik noch erheblich eingeschränkt. Es bestünden jedoch noch umfangreiche psychiatrische Therapiemöglichkeiten zur Verbesserung (S. 19) des Zustands. Aus gutachterlicher Sicht sollte zuerst eine tragfähige, enge psychiatrische Betreuung installiert werden und dann in enger Abstimmung mit dieser auf eine Eingliederungsmassnahme mit Aufbau der Arbeitsfähigkeit hingearbeitet werden. Aufgrund der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen durch die depressive Symptomatik bestehe für die Berufstätigkeiten als ... und als ... eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche aktuell zum Begutach-

tungszeitpunkt auf 70 – 80 % Arbeitsunfähigkeit geschätzt werden könne. Diese setze sich aus einem reduzierten Durchhaltevermögen mit entsprechend reduzierter Arbeitszeit wie auch einer geringeren Leistungsfähigkeit zusammen. Bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit in diesen beiden Berufen müsse ab (S. 22) mindestens Herbst 2014 eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit zwischen 80 und 100 % angenommen werden, welche bis heute nur geringfügig gebessert habe. Die durch die Depression verursachten Funktionsstörungen, insbesondere bezüglich der kognitiven Fähigkeiten, des Durchhaltevermögens sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit würden sich in den meisten vorstellbaren Berufen in erheblichem Ausmass manifestieren, so dass auch für Verweistätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt mit ebenfalls höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten von 70 – 80 % gerechnet werden müsse (S. 23).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2016 (act. II 51) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. N. _____ vom 3. Oktober 2016

(act. II 46.1 S. 2 ff.). Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Im Weiteren diskutiert der Gutachter sowohl invaliditätsfremde Faktoren wie auch Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Soweit der Beschwerdeführer die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Feststellungen als Grundlage seiner Beurteilungen rügen lässt, verfängt dies nicht und ist Folgendes zu entgegnen:

3.3.1 Zur Kritik an der von PD Dr. med. N. _____ aufgeführten psychiatrischen Medikation (vgl. Beschwerde S. 6 II. Ziff. 3), ist vorab festzustellen, dass zwischen der von Dr. med. M. _____ am 3. März 2016 erstellten Liste (act. II 32 S. 2) und dem gutachterlichen Untersuchungstermin vom 15. September 2016 (act. II 46 S. 3) mehr als ein halbes Jahr verstrich und die im Gutachten aufgeführten Medikamente vom Beschwerdeführer so angegeben wurden (laut Herrn A. _____; act. II 46.1 S. 8 Ziff. 3.4). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Dr. med. M. _____ im Bericht vom 3. März 2016 auch aufführte, dass der Beschwerdeführer die psychotherapeutische Behandlung stets sehr selbst bestimmt und überreflektiert (Medikamente etc.) hat (act. II 32 S. 4 Ziff. 1.11), mithin der Gutachter mit Fug auf die Angaben des Beschwerdeführers abstellte.

3.3.2 Nicht zu folgen ist dem Beschwerdeführer, wenn er geltend macht, es sei nicht klar, weshalb der Gutachter in der versicherungsmedizinischen Würdigung ausführe, dass er seit Sommer 2008 arbeitslos sei. Er habe von November 2012 bis Oktober 2014 in der O. _____ gearbeitet (vgl. Beschwerde S. 6 II. Ziff. 3). Die Aussage des Experten zur Arbeitslosigkeit ist aktenmässig erstellt (vgl. IV-Anmeldung; act. II 3 S. 6, IK-Auszug; act. II 15, Lebenslauf; act. II 5 und 14). Der Beschwerdeführer übersieht bei seiner Kritik, dass die Tätigkeit in der O. _____ im Rahmen einer sozialrehabili-

tativen Massnahme erfolgte (vgl. dazu act. II 36). PD Dr. med. N. _____ erwähnte ebenfalls, der Beschwerdeführer habe diese Tätigkeit (wie auch die beiden letzten Arbeitsverhältnisse) selbst gekündigt (act. II 46.1 S. 9 f.). Es kann damit dem Beschwerdeführer ebenso wenig gefolgt werden, der Experte habe im Gutachten, insbesondere in der Anamnese die eigenmächtige Beendigung der jeweiligen (Arbeits-)Stellen gänzlich weggelassen (vgl. Beschwerde S. 6 II. Ziff. 3).

3.3.3 Was der Beschwerdeführer hinsichtlich der Ausführungen zur Haushaltführung und sozialen Aktivitäten nunmehr beschwerdeweise umzudeuten versucht, ist nicht zu hören. Der Gutachter hat an keiner Stelle behauptet, der Beschwerdeführer lebe in einer eigenen Wohnung und führe selbständig einen Haushalt (vgl. Beschwerde S. 7). Vielmehr geht aus den gutachterlichen Ausführungen zum Tagesablauf hervor, dass der Beschwerdeführer bei seiner Mutter wohnt und soweit es ihm möglich ist, diese unterstützt sowie Arbeiten im Haushalt erledigt. Zudem gab er auch an, die Nachmittage mit Administration und insbesondere mit der Suche nach einer eigenen Wohnung bzw. die Abende mit Telefonanten mit seinem Partner und Gesprächen mit der Mutter zu verbringen (act. II 46.1 S. 11 Ziff. 4.4). Der Gutachter führt darauf hin in seiner Würdigung aus, dass über den bisherigen Krankheitsverlauf das soziale Netz des Versicherten erheblich geschrumpft sei und es nur noch aus seiner Mutter, seinen beiden Geschwistern und seinem Partner bestehe (act. II 46.1 S. 20 Ziff. 6.2 II. 5.). Auf diese Angaben, welcher der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung gemacht hat, ist abzustellen. Dies zumal im Sozialversicherungsrecht die Beweismaxime gilt, wonach die sogenannten spontanen „Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2).

3.3.4 Weiter legt PD Dr. med. N. _____ gestützt auf die erhobenen psychopathologischen Befunde, den durchgeführten spezifischen Testuntersuchungen (act. II 46.1 S. 13 f.) sowie in Diskussion der früheren Behandlungsberichte mit nachvollziehbarer Begründung und in schlüssiger

Weise dar, weshalb den unzweifelhaft gegebenen narzisstischen Persönlichkeitszügen nicht die Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung beizumessen ist (act. II 46.1 S. 17 f.). Sodann weist er im Zusammenhang mit der Beurteilung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers zutreffend darauf hin, dass die Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als sogenannte ICD-10 Z-Kodierung keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2014, 8C_810/2013, E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen).

3.3.5 Schliesslich vermögen auch die Vorhalte des Beschwerdeführers an den gutachterlichen Ausführungen zu den therapeutischen Massnahmen und zur Therapieresistenz (vgl. Beschwerde S. 8 – 10) keine Zweifel zu erwecken. Beweisthema bildet im vorliegenden Verfahren die Arbeitsfähigkeit nach erfolgter Anmeldung im November 2015 (act. II 3). Nach der Aktenlage beendete der Beschwerdeführer die Behandlung bei Dr. med. P._____ mutmasslich zwischen 2007 und 2008 (act. II 46.1 S. 7), so dass sich mit Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand die Einholung eines Arztberichts erübrigte. Dagegen berichtete der Beschwerdeführer, dass die Therapie bei Dr. med. P._____ mit einer Frequenz von wöchentlich bis vierzehntägig stattfand (act. II 46.1 S. 7) und er während dem er bei diesem in Behandlung gestanden habe, auch stets zur Arbeit gegangen sei (act. II 32 S. 60). Der Gutachter hält denn auch nicht die damalige Behandlung des Dr. med. P._____, sondern das aktuelle Behandlungskonzept für ungenügend und mangelhaft (act. II 46.1 S. 21 Ziff. 6.2 IV. 3). Aus dem bereits erwähnten Bericht des Hausarztes vom 3. März 2016 geht zudem unmissverständlich hervor, dass der Beschwerdeführer die psychotherapeutische Behandlung stets sehr selbst bestimmt und überreflektiert (Medikamente, behandelnde Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie hinsichtlich der Therapiemodalitäten; vgl. act. II 32 S. 4 Ziff. 1.11) hat. Diese Angaben finden denn auch ihre Stütze in den verschiedenen Arzt- bzw. Spitalberichten (act. II 30 S. 3 und act. II 32 S. 63) sowie im Umstand, dass der Beschwerdeführer im Frühjahr aufgrund eines Zeitungsberichts mit einem Selbstheilungsversuch im Rahmen des bekannten Ketamin-Abusus begann (act. II 46.1 S. 10 und S. 19 Ziff. 6.2. I.5 und IV.3). Aufgrund dieser Feststellungen überzeugt die zusammenfassende Beurteilung des Gutachters, wonach es aus psychiatri-

scher Sicht an einem Gesamtbehandlungskonzept fehlt und damit die Therapieoptionen bei weitem nicht ausgeschöpft sind. Was der Beschwerdeführer dagegen vortragen lässt, basiert auf dem Hintergrund einer ausgesprochenen Malcompliance, welche er im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht zugunsten der Befolgung der ärztlichen Behandlungsempfehlungen aufzugeben hat. Dies kann von ihm auch gefordert werden, verfügt er doch hierzu über hinreichende intellektuelle und persönliche Ressourcen (act. II 46.1 S. 20) und war er doch auch früher während der engmaschigen Behandlung bei Dr. med. P. _____ in der Lage, trotz der depressiven Symptome einer vollzeitlichen Tätigkeit nachzugehen (act. II 32 S. 60).

3.4 Nach den Ausführungen hiervor ist in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten vollumfänglich abzustellen. PD Dr. med. N. _____ hielt als Diagnose mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2), einen Zustand nach schädlichem Gebrauch von Ketamin und einen Zustand nach Gebrauch von Ecstasy und Speed (ICD-10 F15.1) fest.

Wie die Beschwerdegegnerin richtig dargelegt hat, kommt dem von Seiten des Psychiaters dem Beschwerdeführer attestierten psychischen Gesundheitsschaden aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keine Relevanz zu. Gemäss der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des BGer vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2 sowie BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197). Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur kommen deshalb einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinn konsequent (gewesen) sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zu-

mutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheidung des BGer vom 24. August 2016, 8C_399/2016, E. 4.2). Vorliegend besteht angesichts der nicht ausgeschöpften Therapieoptionen und der ausgesprochenen Malcompliance hinsichtlich des Befolgens ärztlicher Ratschläge (vgl. E. 3.3.5 hiervor und act. II 46.1 S. 20 f. IV.1 und 3) kein Anlass, von der geltenden Rechtsprechung abzurücken. Des Weiteren ist aufgrund der Akten erstellt, dass das depressive Geschehen ausschliesslich durch multifaktorielle Probleme (act. II 30 S. 2), namentlich psychosoziale Belastungsfaktoren (Arbeits- und Obdachlosigkeit; act. II 32 S. 60) bestimmt sowie unterhalten wird und sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht mehr auswirken würde, falls der Beschwerdeführer wiederum einer Erwerbstätigkeit nachginge. So berichtete der Beschwerdeführer denn auch, dass sich sein gesundheitlicher Zustand während des Praktikums in der O. _____ deutlich gebessert und nach der Selbstkündigung im Frühjahr dann wieder verschlechtert habe (act. II 46.1 S. 10). Zu ergänzen ist dabei, dass diese Selbstkündigung nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, sondern deshalb, weil er in der dort ausgeübten Tätigkeit keine intellektuelle Herausforderung fand (act. II 32 S. 60). Damit kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer bei Einhaltung der ihm sowohl vom Gutachter als auch vom Hausarzt (vgl. dazu act. II 32 S. 4 Ziff. 1.8 i.V.m Ziff. 1.11) empfohlenen Therapieoptionen das depressive Geschehen überwinden kann. Demgemäss ist die aus rein psychiatrischer Sicht angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 46.1 S. 23) sozialversicherungsrechtlich unbeachtlich. Die übrigen psychiatrischen Diagnosen zeitigen bereits aus medizinischer Sicht keine wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität diesbezüglich ebenfalls ausgeschlossen werden kann.

3.5 Schliesslich ist festzustellen, dass die – wenn auch eindrücklichen – somatischen Diagnosen den Beschwerdeführer nach der Aktenlage bei im Verlauf unverändert gebliebenen Befunden (act. II 18 S. 5 f.) in seiner Arbeitsfähigkeit, bezogen auf eine diesen Leiden angepasste Tätigkeit, nicht einschränken. Dr. med. M. _____ berichtete am 3. März 2016 denn auch, dass die somatischen Diagnosen die körperliche Leistungsfähigkeit

und Befindlichkeit, auch durch deren Therapien, nicht wesentlich eingeschränkten (act. II 32 S. 3 Ziff. 1.7). Rein sitzende, stehende und wechselbelastende Tätigkeiten erachtet er als uneingeschränkt zumutbar (act. II 32 S. 6). Unter diesen Umständen ist der medizinische Sachverhalt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 11) hinreichend abgeklärt, weshalb sich im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere Abklärungen erübrigen.

4. Nach dem Dargelegten fehlt es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung vom 23. Dezember 2016 (act. II 51) ist 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen 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):
 - Rechtsanwältin MLaw C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.