

200 17 286 IV
MAW/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juni 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1987 geborene und zuletzt zu 60 % als ... tätige A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich wegen psychischen Problemen Ende 2014 zur Früherfassung (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1) und im Februar 2015 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (IV) an (AB 8). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 10 ff.); insbesondere holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 11, 24) mitsamt dem von dieser in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 13. März 2015 (AB 26.2) ein. Die IVB versuchte trotz mehrfacher Aufforderungen zur Mitwirkung erfolglos eine berufliche Integration des Versicherten (Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle C._____; AB 34 - 59). Nach Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (AB 62) und der Erstellung eines Abklärungsberichts Haushalt (datiert vom 3. Oktober 2016; AB 63) wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Oktober 2016 (AB 64) unter Annahme eines Status von 70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Haushalt mangels eines IV-relevanten Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt. Der Versicherte liess Einwand erheben (AB 67, 72 f.) und einen Bericht der behandelnden Ärztin (AB 73 ff.) einreichen. Nach einer Stellungnahme des RAD (AB 75) verfügte die IVB am 24. Februar 2017 wie in Aussicht gestellt (AB 76).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, am 16. März 2017 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine angemessene Rente zuzusprechen, eventualiter seien medizinische und berufliche Abklärungen vorzunehmen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, gemäss der behandelnden Psychiaterin sei er seit dem 8. Juli 2014 erwerbsunfähig; eine

aktuelle Einschätzung ihrerseits (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) wurde am 28. März 2017 nachgereicht.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die 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 24. Februar 2017 (AB 76). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

Soweit (eventualiter) berufliche Massnahmen beantragt werden (Beschwerde, Antrag Ziff. 3), ist auf dieses Begehren nicht einzutreten, da die

se nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bilden und auf Antrag des Beschwerdeführers (AB 56/1 unten) längst abgeschlossen wurden (AB 59); somit fehlt es diesbezüglich an einer Sachurteilsvoraussetzung, nämlich dem Anfechtungsgegenstand (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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). 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).

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

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

2.5 Um den IV-Grad 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).

2.6 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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Gegenüber der Krankentaggeldversicherung diagnostizierten die damals behandelnden Ärzte (vgl. AB 26.2/2 Mitte; vgl. auch AB 35/2 f.) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) vor dem Hintergrund struktureller Einschränkungen (ICD-10 Z73.1) und Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) bzw. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6).

3.1.2 Im von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 13. März 2015 (AB 26.2) diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) und ohne anhaltende Auswirkung auf die Ar-

beitsfähigkeit akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), familiäre Schwierigkeiten (ICD-10 Z63) sowie langjährige Arbeitsuntätigkeit, passive Lebensgestaltung (ICD-10 Z56). Eine Persönlichkeitsstörung sei aktuell nicht nachweisbar, zumal in hohem Ausmass ungünstige psychosoziale/krankheitsfremde Faktoren vorlägen. Der Beschwerdeführer sei in geordneten Verhältnissen aufgewachsen, zeige aber Verhaltensauffälligkeiten. Es scheine bereits in der Schulzeit eine Neigung zum Absentismus vorhanden gewesen zu sein. Er sei in eine mehrjährige Cannabisabhängigkeit geraten; trotz Abstinenz sei seine Lebensführung nicht wesentlich aktiver geworden. Es sei immer wieder zu langen Phasen von Arbeitsunfähigkeit gekommen. Eine Motivation zu einer vollen beruflichen Leistung sei nicht vorhanden; dabei handle es sich nicht um eine krankheitsbedingte Reduktion der Arbeitstätigkeit als vielmehr um eine selbstgewählte Lebensform. Er verbringe gerne viel Zeit mit Spielen an der Playstation, es könne hier vermutlich von einer gewissen Abhängigkeit ausgegangen werden. Es bestünden auch partnerschaftliche Probleme, die Freundin sei invalid. An der letzten Arbeitsstelle sei es oft zu Absenzen gekommen. Es scheine, dass er froh sei, nicht mehr arbeiten zu müssen; so habe er viel Zeit, seinen Hobbys nachzugehen. Es handle sich also dabei nicht um eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsuntätigkeit des Beschwerdeführers könne teilweise durch eine psychische Krankheit erklärt werden. Eine Persönlichkeitsstörung sei allerdings nicht nachweisbar. Der Beschwerdeführer scheine ab Juni 2014 eine depressive Episode durchzumachen. Gegenwärtig liege eine leichtgradige Episode vor: Er sei stimmungsmässig nicht stark gedrückt, nur wenig verängstigt, äussere keine Suizidimpulse. Er zeige zudem mehrere Lebensaktivitäten. Die therapeutischen Massnahmen seien ungenügend: Der Beschwerdeführer gehe etwa alle drei Wochen zu einem Gespräch zu seiner Psychiaterin, nehme aber keine wirkungsvollen Medikamente ein; die Einnahme eines antidepressiv wirkenden Medikaments würde die depressive Episode zur Remission bringen. In diesem Fall wären es dann nur noch die krankheitsfremden Faktoren (mässige Motivation zur beruflichen Leistung, Neigung zum Rückzug von der Arbeitswelt, intensive Beschäftigung mit Computerspielen, invalide Freundin), welche sich negativ auswirkten. Die Arbeitsfähigkeit dürfte, wenn nur die psychische Störung berücksichtigt werde, derzeit zu ca. 30 % eingeschränkt sein. Der Rest werde krankheitsfremd verursacht.

3.1.3 Die behandelnde E. _____, praktische Ärztin, diagnostizierte in den Berichten vom 7. Mai (AB 27) und 9. September 2015 (AB 48) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine ängstlich vermeidende Persönlichkeit (ICD-10 F60.6) und familiäre Konflikte (ICD-10 Z63). Die Kindheit sei unauffällig verlaufen; seit dem 14. Lebensjahr bestehe eine Persönlichkeitsveränderung mit Schul- und Lehrabbruch, sozialem Rückzug, Ängsten, Antriebslosigkeit und geringem Selbstvertrauen. Es lägen massive Schlafstörungen, teilweise Tag-Nacht-Umkehr, Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit, Störung der Vitalgefühle, deprimierte Stimmungslage, Hoffnungslosigkeit, Gefühle von Überforderung, sozialer Rückzug, kaum Kontakte (ausser Freundin und Familie), häufige Paarkonflikte und eine starke emotionale Abhängigkeit vor. Deshalb bestehe seit Sommer 2014 bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit für den freien Arbeitsmarkt. Die psychische Symptomatik (Angst, Konzentrationsstörungen, innere Blockade, Überforderung) schränke die Arbeitsfähigkeit ein. Mit viel Unterstützung könne allenfalls die Arbeitsfähigkeit im Verlauf der nächsten ca. zwei Jahren in einem Teilpensum wieder erreicht werden, wobei diese allmählich zu steigern sei. Eine Erwerbstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sei aber derzeit nicht zumutbar, Integrationsmassnahmen mit Unterstützung hingegen sollten möglich sein.

3.1.4 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm im Bericht vom 24. Februar 2016 (AB 62) eine Aktenbeurteilung vor; dabei bezeichnete er den fachvertrauensärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. med. D. _____ vom 13. März 2015 (AB 26.2; vgl. E. 3.1.2 hiervor) als schlüssig und nachvollziehbar. Im Gegensatz dazu sei die Herleitung der von er behandelnden Ärztin gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung (AB 27; vgl. E. 3.1.3 hiervor) nicht ausreichend erkennbar. Es sei nicht nachvollziehbar, warum dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei und weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe, zumal das Anforderungs-/Belastungsprofil nicht allzu anspruchsvoll sei. Im weiteren Verlauf scheine es zu mehreren Problemen, unter anderem bei der Einhaltung von Terminen und bei der Aufnahme von beruflichen Massnahmen/Integrationsmassnahmen gekommen zu sein, obwohl solche von der behandelnden Ärztin befürwortet und als möglich und zu-

mutbar beurteilt worden seien (vgl. AB 48/3 f.). Gemäss weiterem Bericht vom 9. September 2015 (AB 48; vgl. E. 3.1.3 hiervor) sei zwar die Frequenz der Therapiesitzungen erhöht worden, jedoch die medikamentöse antidepressive Behandlung unverändert geblieben, sodass im anzunehmenden Fall, dass keine vollständige Remission der depressiven Episode erreicht worden sei, eine Orientierung der psychopharmakologischen Behandlung an anerkannte Leitlinien nicht erkennbar sei. Eine Begründung der weiteren vollen Arbeitsunfähigkeit sei im Besonderen unter Heranziehung der objektiven Befunde nicht auszumachen. Auch nicht nachvollziehbar sei, dass die mangelnde Mitarbeit des Beschwerdeführers als krankheitsbedingt zu beurteilen sei (vgl. AB 58/1 unten). Zusammenfassend könne aus psychiatrischer RAD-ärztlicher Sicht festgehalten werden, dass die Beurteilung durch Dr. med. D. _____ (vgl. E. 3.1.2 hiervor) weiterhin Gültigkeit habe und übernommen werden könne. Die bisherige Tätigkeit und andere vergleichbare Tätigkeiten seien in einem Pensum von 70 % (ca. 6.5 Stunden/Tag) ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar. Im Hinblick auf die psychopharmakologische Behandlung der depressiven Episode werde eine Orientierung an anerkannte Leitlinien empfohlen, um eine Remission zu erreichen. Im Hinblick auf die Psychotherapie werde die Meinung von Dr. med. D. _____ geteilt, dass eine Intensivierung aufgrund der ausgeprägten psychosozialen/krankheitsfremden Faktoren nicht angezeigt erscheine. Ohne relevante ausgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei eine Re-Evaluation nicht erforderlich, da weiterhin auf die Beurteilung im fachvertrauensärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. med. D. _____ vom 13. März 2015 abgestellt werden könne.

3.1.5 Anlässlich des Einwandverfahrens verfasste die behandelnde Ärztin E. _____ den Bericht vom 28. November 2016 (AB 73/3 f.) mit den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren Grades (ICD-10 F33.1) und dem hochgradigen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6 und F60.7). Dies führe zu einem ständigen Gefühl von Überforderung, Kraftlosigkeit und Angst sowie zu massiven Schlafstörungen. Aufgrund dieser Symptome sei ein regelmässiger Tagesablauf oder das Verlassen der Wohnung oftmals schwierig oder unmöglich durchzuführen. Eine Arbeitstätigkeit sei daher nicht möglich. Eine angepasste Tätigkeit sei versucht worden, habe sich jedoch krankheitsbedingt als nicht möglich er-

wiesen. Die medikamentöse Behandlung habe eine leichte Besserung bewirkt und eine weitere medikamentöse Behandlung sei nicht indiziert gewesen, da der Beschwerdeführer sich vermehrt auf die Psychotherapie eingelassen habe. Derzeit sei die medikamentöse Therapie jedoch erweitert worden, da die depressive Symptomatik wieder verstärkt in den Vordergrund gerückt sei. In Bezug auf die Diagnose der Persönlichkeitsstörung habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. D._____ auf die Frage nach Schwierigkeiten in der Beziehung zu anderen mit nein geantwortet, obschon eigentlich bereits seit der Jugend massive Probleme in diesem Bereich bestünden.

3.1.6 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wies die behandelnde Ärztin E._____ im Bericht vom 20. März 2017 (BB 3) auf eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik trotz intensiver medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung, auf zusätzliche Symptome einer Zwangsstörung und einer Phobie sowie auf Hinweise auf eine ausgeprägte depressive Symptomatik aufgrund einer psychologischen Testung hin.

3.2

3.2.1 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

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).

3.2.3 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberechnen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherer zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.2.4 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass

Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.2.5 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2017 (AB 76) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. März 2015 (AB 26.2; vgl. E. 3.1.2 hiervor) und die RAD-ärztliche Einschätzung von Dr. med. F. _____ vom 24. Februar 2016 (AB 62; vgl. E. 3.1.4 hiervor). Das Gutachten erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.1 f. hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Gleiches gilt für den RAD- Untersuchungsbericht (vgl. E. 3.2.3 und 3.2.5 hiervor). Auf diese ist vorliegend abzustellen. In Anbe-

tracht dessen, dass die behandelnde Ärztin E. _____ (im Gegensatz zu ihrem Ehemann) über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt, ist ihre Kritik am Gutachten bzw. an der RAD-ärztlichen Aktenbeurteilung sozialversicherungsrechtlich unerheblich.

3.3.1 So ergeben sich Unstimmigkeiten in Bezug auf die von der behandelnden Ärztin immer wieder geltend gemachten Persönlichkeitsstörung (AB 27, 73/3 f. und BB 3/4). Im Gegensatz hierzu wird nämlich im Gutachten und RAD-Bericht – wie schon in einem früheren Arztbericht zu Handen der Krankentaggeldversicherung (AB 35/2 f.; vgl. auch AB 26.2/2 Mitte und E. 3.1.1 hiervor) – übereinstimmend vorwiegend von psychosozialen Umständen ausgegangen, welche keiner psychischen Störung zuzuordnen sind (so ICD-10 Z73.0 und Z73.1; vgl. AB 26.2/9 unten). Der Gutachter hat den Beschwerdeführer explizit zur typischen Symptomatik anhand der ICD-10 befragt (AB 26.2/4 Mitte) und gestützt auf dessen Antworten eine entsprechende Diagnose verneint (AB 26.2/10). Trotzdem hält die behandelnde Ärztin – noch immer und als einzige – an dieser Diagnose (AB 27/2 Ziff. 1.1, BB3/4) fest bzw. formuliert eine entsprechende Verdachtsdiagnose (AB 73/3 Ziff. 1), wobei sie ihre (abweichende) Einschätzung nicht weiter begründet bzw. mit keinem Wort auf psychosoziale/krankheitsfremde Faktoren eingeht. Indem sie zwischenzeitlich bloss noch von einem hochgradigen *Verdacht* auf eine Persönlichkeitsstörung ausging, offenbart sie selber gewisse Unsicherheiten in Bezug auf diese Diagnose. Deshalb erweist sich die (Verdachts-)Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als nicht genügend erstellt. Ebenso wenig scheint es sich bei den von der behandelnde Ärztin im Beschwerdeverfahren neu vorgebrachten Diagnosen einer Zwangsstörung (ICD-10 F42.1) und einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1; BB 3/4; vgl. auch E. 3.1.6 hiervor) um gefestigte Diagnosen zu handeln, bezeichnet sie diese doch selber bloss als naheliegend (BB 3/3). Sie unterlässt es denn auch, die in diesem Zusammenhang erwähnten zusätzlichen Symptome zu benennen. Zudem erscheint es wenig überzeugend, dass sie, die den Beschwerdeführer doch schon seit 19. August 2014 behandelt (vgl. AB 27), diese (Verdachts-)Diagnosen erstmals in ihrem Bericht vom 20. März 2017 (BB 3) stellt.

3.3.2 Übereinstimmung herrscht unter den involvierten Ärzten insoweit, als ein depressives Geschehen vorliegt. Während indessen der Gutachter und der RAD-Arzt von einer bloss (noch) leichtgradigen depressiven Episode ausgehen (ICD-10 F32.0; AB 26.2 unten, 62/6 Mitte), hält die behandelnde Ärztin an einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren Grades fest (ICD-10 F33.1; AB 27/2 Ziff. 1.1, 73/3 Ziff. 1, BB 3/4) und erwähnt gar Hinweise auf eine schwergradige depressive Störung gestützt auf eine psychologische Testabklärung (BB 3/3 oben). Eine schwere depressive Störung wird dann von ihr aber doch nicht diagnostiziert, zumal sie es ohnehin unterlässt, die entsprechende Testung vorzulegen und sie selber vorbringt, das klinische Untersuchungsergebnis habe Vorrang vor der psychologischen Testung (BB 3/2 Mitte; vgl. auch AB 75/3 unten). Eine schwere depressive Störung liegt damit nicht vor, zumal eine solche gar nicht diagnostiziert ist. Ob nun eine leicht- oder mittelgradige depressive Episode bzw. Störung vorliegt, braucht vorliegend nicht weiter untersucht zu werden, zumal bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, praxisgemäss angenommen wird, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 2.1 ff. hiervor) resultiert (Entscheid des BGer vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3).

3.4 Zusammenfassend ist nach dem Dargelegten in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (AB 63) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sowohl bei Annahme einer Erwerbstätigkeit als auch im Aufgabenbereich als Hausmann nicht anspruchrelevant beeinträchtigt ist. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen der Beschwerde, Antrag Ziff. 3 – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Eine neue Beurteilung drängt sich – auch unter Berücksichtigung des am 2. Februar 2016 ergangenen Urteils der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) Di Trizio gegen die Schweiz (7186/09; vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 6) – nicht auf.

3.5 Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Dargelegten als rechtens. Die Beschwerde ist offensichtlich unbegründet und abzuweisen.

4.

4.1 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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende 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, soweit darauf einzutreten ist.
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. _____ AG 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.