

200 18 466 IV
SCJ/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. September 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 14. Mai 2016 unter Hinweis auf eine Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 6). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 14, 16 - 18.5, 21 f.) und gewährte dem Versicherten Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale (AB 27), dies nachdem bereits im Mai 2015 eine Anmeldung für eine Hörgeräteversorgung erfolgt war, das Gesuch aber wieder zurückgezogen worden war (AB 2, 5). Im weiteren Verlauf holte die IVB insbesondere zusätzliche medizinische Unterlagen sowie Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 29, 33, 36 f., 39, 43, 47). Schliesslich liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 15. März 2018 [AB 60.1]).

Am 21. März 2018 schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab (AB 63) und verfügte am 22. Mai 2018 nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sowie dem Eingang einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei einem Invaliditätsgrad von 25 % die Ablehnung eines Rentenanspruchs (AB 64, 66 f., 69).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch MLaw C._____ vom B._____, am 22. Juni 2018 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere medizinische Abklärungen tätige, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2018 beantragt 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 Angefochten ist die Verfügung vom 22. Mai 2018 (AB 69). 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). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier-

ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304).

2.4 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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).

2.6 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt vom 30. Juni bis 25. Juli 2015 in der Klinik F._____ wurden im entsprechenden Austrittsbericht Psychosomatik vom 27. August 2015 (AB 36) die folgenden Diagnosen (ICD-10) aufgeführt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome F332.
- Status nach Nephrolithiasis 1990
- Status nach Prostata-Brachytherapie bei Prostataca 12/2014

Die behandelnden Ärzte gaben an, der Beschwerdeführer berichte, seit rund fünf Jahren am Arbeitsplatz zunehmend unter Druck zu stehen. Er habe Schlafprobleme entwickelt, wenig Energie gehabt und seine Hobbys vernachlässigt. Die Prostata-OP im Dezember 2014 sei eine zusätzliche Belastung gewesen. Seine Ängste hätten zugenommen und vor wenigen Wochen habe er eine Panikattacke erlitten. Am 1. Juni 2015 sei er zum Psychiater Dr. med. E._____ gegangen, der ihn 100 % arbeitsunfähig geschrieben habe. Seither nehme er ein Antidepressivum ein und die Symptome hätten sich etwas reduziert. Aktuell leide er unter Erschöpfung, Freudlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schamgefühlen, Durchschlafschwierigkeiten, selten Alkoholkonsum. Zum Psychostatus bei Austritt wurde festgehalten, die Konzentrationsstörung sei teilremittiert, die Stimmung aufgehellt, die innere Unruhe rückläufig, der Antrieb und der Schlaf seien verbessert, die Angstsymptome seien leicht reduziert. Dem Beschwerdeführer wurde vom 30. Juni bis 9. August 2015 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

3.2 Im Bericht vom 10. Juni 2016 (AB 16) führte der behandelnde Psychiater Dr. med. E._____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: Rezidivierende Depressionen, aktuell leichte Episode bei Status nach schwerer Episode mit ausgeprägter Angstsymptomatik, ICD-10: F33.0, belastete Familienanamnese (ICD-10: Z81.8) mit unklaren Auswirkungen beim Beschwerdeführer. Er gab an, der Beschwerdeführer sei verlangsamt, minderbelastbar, ermüde rasch und brauche Erholungspausen, er sei froh, wenn er den Arbeitsplatz nach vier Stunden verlassen könne. Es gebe eine leichte Besserung im Verlauf seit einem halben Jahr. Der Einstieg in die Arbeit sei geglückt (seit 1. November 2015) mit einer sukzessiven Steigerung der Belastung. Er arbeite aktuell zu 50 %

(seit 1. Mai 2015 [richtig: 2016]), eine weitere Steigerung der Belastbarkeit sei allerdings im Moment noch nicht abzusehen. Dr. med. E. _____ attestierte vom 9. August bis 31. Oktober 2015 eine 100 %-ige, vom 1. November 2015 bis 31. Januar 2016 eine 70 %-ige, vom 1. Februar bis 30. April 2016 eine 60 %-ige und vom 1. Mai bis 31. Mai 2016 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 9/1).

3.3 Dr. med. E. _____ hielt im Verlaufsbericht vom 13. Dezember 2016 (AB 29) einen stationären Gesundheitszustand fest. Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine rezidivierende Depression, aktuell mittelgradige Episode, mit Psychose belastete Familienanamnese (engster Familienkreis) ICD-10: F33.1 an. Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei auf niedrigem Niveau stabil. Bei grösserer Beanspruchung zeigten sich rasch Grenzen. Es bestehe erhöhte Ermüdbarkeit und wenig Stressresistenz. Eine Belastbarkeit von über 50 % sei nicht gegeben. Jeder Versuch einer Steigerung der Belastung führe zu einer Verschlechterung der Leistungsfähigkeit. Es werde dringend von weiteren Druckversuchen abgeraten. Auch die aktuelle 50 %-ige Leistung sei nicht gesichert und gerate immer wieder in Gefahr. Nur dank grossem Entgegenkommen der Arbeitgeberin könne die gegenwärtige Situation erhalten bleiben. Dr. med. E. _____ attestierte vom 1. Juni bis 31. Oktober 2015 eine 100 %-ige, vom 1. November 2015 bis 31. Januar 2016 eine 70 %-ige, vom 1. Februar bis 31. März 2016 eine 60 %-ige und vom 1. April 2016 bis aktuell eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

3.4 In einem am 28. April 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (AB 43) hielt Dr. med. E. _____ fest, er sehe eine deutliche Belastungsgrenze bei 50 % zeitlicher Präsenz in der gegenwärtigen Arbeitssituation, über die effektive Leistung während dieser Zeit müsste sich die Arbeitgeberin äussern. Mit 50 % Belastung sei ein Optimum erreicht. Grenzen der Belastbarkeit zeigten sich sowohl am Arbeitsplatz wie auch zu Hause, wenn in Situationen etwas mehr Hektik aufkomme. Der Beschwerdeführer sei dann jeweils rasch überfordert und brauche vermehrt Ruhezeit, um sich wieder zu reetablieren. Mit einer Steigerung der Präsenz am Arbeitsplatz falle die Möglichkeit dazu anteilmässig weg. Mit entsprechenden Vorsichtsmassnahmen und nach Rücksprache mit dem Be-

schwerdeführer sei man bereit, eine leichte Steigerung der Präsenz am Arbeitsplatz um 5 % ab 1. Mai für vorläufig zwei Monate zu versuchen. Von einer weiteren, sogar monatlichen Steigerung um 5 %, wie von Seiten der IV erwähnt werde, sei hingegen dringend abzuraten. Das möge medizintheoretisch als möglich erscheinen, in der Realität führe das aber rasch zu einer unzumutbaren Überlastung und zur Dekompensation.

3.5 Im Verlaufsbericht vom 21. August 2017 (AB 47) berichtete Dr. med. E. _____ von einem stationären Gesundheitszustand. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine rezidivierend depressive Störung, mittelgradige Episode, chronifiziert (ICD-10: F33.1) an; in der Familienanamnese gebe es Hinweise auf psychotische Erkrankung (ICD-10: Z81.8). Er hielt fest, der Beschwerdeführer bewältige die anfallende Arbeit an seinem Arbeitsplatz, wo er 50 % arbeite. Die übrige Zeit brauche er zu einem grossen Teil für seine Erholung. So sei es ihm möglich, auch Freizeitaktivitäten in einem allerdings reduzierten Ausmass nachzugehen. Ein Optimum scheine so erreicht. Die versuchte Steigerung des Einsatzes am Arbeitsplatz im Mai 2017 habe bereits nach wenigen Wochen wieder reduziert werden müssen. Die neue Situation mit zusätzlicher Zeit am Arbeitsplatz habe den Beschwerdeführer sehr belastet, es seien psychophysische Belastungszeichen aufgetreten: Schwitzen, Nervosität, Unfähigkeit, sich zu erholen, Schlafstörungen und auch wieder Suizidalität. Der Versuch habe umgehend abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an Einschränkungen. Seine Konzentrationsfähigkeit sei unzuverlässig, schwankend, das Gedächtnis sei unzuverlässig, es fehle häufig an allgemeiner Energie, der Beschwerdeführer sei öfters lustlos, empfindsam, rasch irritiert, es zeigten sich verminderte Anpassungsfähigkeit, deutliche verminderte Druckresistenz, wenig Resistenz gegenüber Inkongruenzen im Alltag. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einschränkungen seien nachvollziehbar und im direkten Gespräch auch beobachtbar. Die bisherige Tätigkeit sei angepasst noch zu 50 % zumutbar.

3.6 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 15. März 2018 (AB 60.1) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), aktuell

weitgehend remittiert und unter adäquater Behandlung angegeben (AB 60.1/12 und 18). Der Gutachter hielt zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (inklusive zeitlichem Verlauf) fest (AB 60.1/14 f. und 20), beim Beschwerdeführer werde von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen. Nach dem Burnout im Mai 2015 habe Arbeitsunfähigkeit bestanden, was nachvollziehbar sei. Im Jahr 2016 habe der Beschwerdeführer dann die Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen, auch hier werde den Angaben des Behandlers gefolgt. Ab Herbst 2016 hätte dann allerdings die Arbeitstätigkeit nochmals nach einem ersten Versuch der Steigerung über 50 % hinaus, der nicht gelungen sei, gesteigert werden können. Ab Beginn des Jahres 2017 wäre dann von z.B. 70 %-iger Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen. Insgesamt werde bei einer annähernd normalen Arbeitszeit von etwa acht Stunden pro Tag von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die berichtete verminderte Belastbarkeit bei kognitiven Anforderungen auch andauernd nach Beginn 2016 bis zum geplanten Austreten aus dem Arbeitsleben Ende 2019 von 20 bis maximal 30 % (dabei verteilt auf eine gewisse Verkürzung der Präsenzzeit und eine Minderung der Leistungsfähigkeit) ausgegangen. Dagegen könne die für diesen Zeitraum angegebene Minderung der Arbeitsfähigkeit um 50 % im Hinblick auf das Krankheitsbild, den Behandlungsverlauf und den aktuellen Befund, insbesondere im Vergleich zu anderen Betroffenen psychischer Erkrankungen, nicht nachvollzogen werden. In einer angepassten Tätigkeit mit verminderter Belastung durch Termine, fremde Kontakte zu Menschen oder Neuerungen wäre der Beschwerdeführer sogar als normal arbeitsfähig zu bezeichnen gewesen. Tatsächlich seien hier andere Faktoren zu benennen, die als krankheitsfremd zu bezeichnen seien. Im Rahmen der Organisation und Restrukturierung der Firma ... würden vermutlich Veränderungen eintreten. Der Vorgesetzte des Beschwerdeführers habe allerdings ausgeführt, er würde sich sehr wünschen, den Beschwerdeführer zu 50 % in der Tätigkeit begrüssen zu können, da er für sein Wissen und seine Kompetenz in den entsprechenden Bereichen gebraucht werde. Nach Ende 2019, wenn der Beschwerdeführer frühpensioniert werden könne, werde eine grössere Umstrukturierung, womöglich sogar ein Umziehen der Firma anstehen. Der Gutachter hielt fest, auf der Seite des Beschwerdeführers sei das Gefühl der vollbrachten Lebensarbeitszeit subjektiv deutlich zu spüren, der Umstand, nun 60-jährig eine Krebserkrankung erlitten

und durchgemacht zu haben, die wiederum auch womöglich familiären Belastungen folge (auch der Bruder habe eine Prostataerkrankung erlitten), und nicht mehr ganztags arbeiten zu können, sei spürbar geworden. Dabei sei das Gefühl entstanden, es sei daran gar kein Zweifel zu äussern, da ja auch der behandelnde Psychiater dies im allgemeinen Konsens zwischen Arbeitnehmer, Arbeitgeber und der bisher Taggelder leistenden Versicherung so unterstütze.

3.7 Zum Gutachten von Dr. med. D. _____ führte Dr. med. E. _____ am 29. März 2018 (AB 67) aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit, die er einigermaßen ausfüllen könne. Der Gutachter anerkenne, dass die Depression soweit wie möglich behandelt sei: Unter der aktuellen (Arbeits-)Belastung und im aktuellen Umfeld sei sie nicht mehr sichtbar. Dieser Verlauf sei als erfreulich zu bezeichnen, sei aber nur möglich im engen Zusammenhang mit einer Entlastung von 50 % bei der Arbeit. Es sei unzulässig, aus dem relativ guten aktuellen Zustand darauf zu schliessen, dass der Beschwerdeführer zu 70 % oder gar bis zu 80 % einer Arbeit nachgehen könnte. Der Gutachter erwähne eine solche Möglichkeit bereits für ab Anfang 2017, der Arbeitsversuch mit einer Steigerung um 5 % habe aber erst im Mai 2017 stattgefunden. Vielleicht seien dem Gutachter hier die Daten durcheinander gekommen. Der Beschwerdeführer sei mit dem Arbeitsversuch einverstanden gewesen, sei aber dann ziemlich rasch und stark unter Druck gekommen und der Arbeitsversuch habe abgebrochen werden müssen. Eine Arbeitsfähigkeit anzunehmen von 70 bis 80 % oder in einer angepassten Tätigkeit sogar bis zu 100 % scheine ziemlich theoretisch und eher aus der Luft gegriffen. Die vom Gutachter unter krankheitsfremden Faktoren erwähnten Elemente seien anders zu interpretieren, nämlich als Entgegenkommen des Arbeitgebers in der schwierigen Situation des Beschwerdeführers. Dies sei für den Beschwerdeführer sehr entlastend gewesen und müsse als günstig für den Krankheitsverlauf eingestuft werden. Aus den Formulierungen des Gutachters sei zu erkennen, dass nach seiner Meinung eine Situation vorliege, wo sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf eine Teilarbeitsfähigkeit geeinigt hätten, die für alle eine gangbare Lösung darstelle – ungerechtfertigterweise zu Lasten der Versicherung. Diese Meinung treffe klar nicht zu. Momentan werde der Beschwerdeführer als nur knapp stabil eingeschätzt.

Der aktuelle Bericht sei weitgehend identisch mit demjenigen vom August 2017. Seither seien keine Fortschritte erzielt worden. Es bestehe keine vermehrte, über 50 % am gegenwärtigen, angepassten Arbeitsplatz hinausgehende Belastbarkeit.

4.

4.1 Angesichts der Anmeldung vom Mai 2016 (AB 6) sowie der Anfang Juni 2015 eröffneten Wartefrist (AB 29/3) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.4 hiervor) kann ein Rentenanspruch frühestens ab November 2016 entstehen.

4.2 Zu Recht unbestritten ist, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist. So berichtet Dr. med. G._____, Facharzt für Urologie, am 6. Dezember 2016 (AB 37) nach einer behandelten Prostatakarzinomerkkrankung, dass es dem Beschwerdeführer aus urologischer Sicht recht ordentlich gehe. Weiter attestierte Dr. med. H._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, im Bericht vom 22. Juli 2016 (AB 21/2) im Zusammenhang mit einer Hochtonperzeptionsschwerhörigkeit, welche mit Hörgeräten versorgt wurde (vgl. AB 22, 27), keine Arbeitsunfähigkeit.

4.3 In psychiatrischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das versicherungspsychiatrische Gutachten des Dr. med. D._____, vom 15. März 2018 (AB 60.1). Dieses erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Folglich kann darauf abgestellt werden.

4.4 Der Beschwerdeführer macht gestützt auf verschiedene Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____ geltend (vgl. AB 16, 29, 43, 47, 67), es sei von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % auszugehen. Es trifft zu, dass der Beschwerdeführer an seinem Arbeits-

platz bei der ... seit 1. Mai 2016 lediglich zu 50 % (ab 2. November 2015 30 %, ab 1. Februar 2016 40 %) eingesetzt wird (AB 17/2) und ihm vom behandelnden Arzt Dr. med. E. _____ eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (AB 16, 29, 43, 47, 67). Ein Versuch, das Pensum im Mai 2017 um 5 % zu steigern, wurde vorzeitig abgebrochen (AB 43, 47).

Es ist deshalb die Frage zu beantworten, ob der Beschwerdeführer gemäss dem behandelnden Arzt Dr. med. E. _____ mit seinem Pensum von 50 % an der angestammten Stelle sein Leistungsvermögen voll ausschöpft oder ob ihm ein höheres Pensum zugemutet werden kann, wie dies der psychiatrische Gutachter Dr. med. D. _____ postuliert.

4.5 Auch wenn es mit Blick auf die gesamten Lebensumstände durchaus nachvollziehbar ist, dass der Beschwerdeführer allein noch mit seinem Pensum von 50 % an seiner bisherigen Stelle bis zur vorzeitigen Pensionierung per Ende 2019 (vgl. AB 60.1/7 und 14) verbleiben möchte, überzeugt die Beurteilung des Dr. med. D. _____, welcher dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht ab Anfang 2016 eine annähernd normale Arbeitszeit von etwa acht Stunden pro Tag mit einer geringprozentigen Minderung der Leistungsfähigkeit zumutet (AB 60.1/14 und 20) und ausführt, es sei angesichts der aktuell weitgehend remittierten rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer lediglich eine hälftige Arbeit erbringen könne (vgl. AB 60.1/14 und 20). Zudem weist der Gutachter zu Recht auf krankheitsfremde Faktoren hin (AB 60.1/14). Dagegen vermag der behandelnde Dr. med. E. _____ nicht überzeugend darzutun, weshalb dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der von ihm erhobenen Befunde kein höheres Pensum als 50 % möglich sein soll. Nicht begründet wird auch der Umstand, weshalb Dr. med. E. _____ im Bericht vom 10. Juni 2016 (AB 16) eine leichte depressive Episode diagnostiziert, wohingegen er in den Berichten vom 13. Dezember 2016 (AB 29) und 21. August 2017 (AB 47) von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgeht. Sodann führt der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ am 20. Oktober 2017 zu Recht aus (AB 49/6), dass den Berichten des Dr. med. E. _____ ein objektiver psychischer Befund fehle, anhand dessen eine noch mittelgradige Ausprägung der depressiven Symptomatik nachvollzogen werden könne. Es werde lediglich bemerkt,

dass die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einschränkungen nachvollziehbar und im direkten Gespräch auch beobachtbar seien. Der Beschwerdeführer selbst gebe gegenüber der IV an, er sei bei der Pensumssteigerung müder gewesen und die Leistung habe abgenommen. Dies könnten unspezifische Anpassungssymptome sein, die nicht zwangsläufig auf eine krankheitsbedingte Überforderung hinwiesen. Nachvollziehbare affektive Symptome im Sinne einer depressiven gedrückten Stimmung würden weder vom Beschwerdeführer beklagt noch objektiv von Dr. med. E. _____ in seinem aktuellen Bericht beschrieben.

Dass der Gutachter schliesslich der irrigen Annahme war, die im Rahmen des Verfahrens vor der IV-Stelle versuchte Pensumssteigerung habe im Jahr 2016 (richtig: 2017 [vgl. AB 40, 43 - 45, 47]) stattgefunden (AB 60.1/14 und 20), beeinträchtigt die Beweiskraft des Gutachtens nicht. Die gutachterlichen Ausführungen, es wäre dem Beschwerdeführer eine Pensumssteigerung ab Herbst 2016 trotz allem möglich gewesen und das Pensum hätte diesfalls ab Beginn des Jahres 2017 dann bei 70 % gelegen (AB 60.1/20), beziehen sich auf die praktische Umsetzung der Resterwerbsfähigkeit. Insoweit tangieren diese Ausführungen die (hier massgebliche) medizinisch-theoretische Beurteilung, wonach das höhere Pensum dem Beschwerdeführer bereits ab Beginn 2016 zumutbar gewesen wäre (AB 60.1/20), nicht. Vielmehr stimmt diese Einschätzung durchaus auch mit dem von den behandelnden Ärzten aufgezeigten Verlauf mit erheblicher Beeinträchtigung im unmittelbaren Umfeld zur stationären Behandlung, danach aber kontinuierlicher Besserung überein. So hatte, wie bereits dargelegt, Dr. med. E. _____ im Juni 2016 allein noch eine leichte depressive Episode diagnostiziert (AB 16). Damit war der Beschwerdeführer gemäss der nachvollziehbaren und überzeugenden Einschätzung des Gutachters Dr. med. D. _____ im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (vgl. E. 4.1 hiervor) zu 75 % (vgl. dazu E. 4.6 hiernach) arbeitsfähig (AB 60.1/14 und 20). Das entsprechende Attest des Gutachters beruht denn auch – anders als von Dr. med. E. _____ angenommen (vgl. AB 67) – nicht auf einem Missverständnis oder Irrtum.

Sodann lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag

des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits 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 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), was vorliegend nicht der Fall ist. Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten (und behandelnden Spezialärzten) der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte (und behandelnde Spezialärzte) 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; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

4.6 Mit Blick auf das voll beweiskräftige Gutachten des Dr. med. D. _____ ist vorliegend von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % (vgl. AB 60.1/14 und 20) bzw. einer Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen, wobei in einem solchen Fall auf den entsprechenden Mittelwert abzustellen ist (Entscheid des EVG vom 21. April 2005, I 822/04, E. 4.4). Aufgrund dieser Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % in der angestammten Tätigkeit hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 25 % ermittelt (AB 69/1; vgl. E. 2.5 hiervor).

Ob die medizinisch-theoretisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 25 % nach Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens mit Indikatorenprüfung versicherungsrechtlich beachtlich bliebe, kann offen bleiben (vgl. E. 2.3 hiervor und Beschwerdeantwort S. 2; siehe auch Entscheid des BGer vom 2. August 2018, 8C_309/2018, E. 5.3.2).

Immerhin ist auf das Folgende hinzuweisen: Mit Blick auf die vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. D. _____ gestellte Diagnose einer aktuell weitgehend remittierten rezidivierenden depressiven Störung (AB 60.1/12

und 18) fehlt es bereits am diagnoseinhärenten Schweregrad der psychischen Störung (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.2.1 S. 424 und E. 5.2.2 S. 425, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Sodann bestehen im sozialen Kontext (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) mobilisierbare Ressourcen dahingehend, als der Beschwerdeführer eine gute Beziehung zu seiner Frau hat und auch ausserhäuslich soziale Kontakte pflegt (vgl. AB 60.1/7 f.). Schliesslich ist bezüglich Konsistenz bzw. in Bezug auf die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer neben seiner 50 %-igen Erwerbstätigkeit etliche Aktivitäten wie ..., ... und ... zu bestreiten vermag (vgl. AB 60.1/7 f.).

4.7 Nach dem Dargelegten ist die 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 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.