

200 18 608 IV  
LOU/JAP/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Oktober 2018**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Juli 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 21. September 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 7). Gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten (AB 26.1), welches eine längere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfahl, erachtete die IVB berufliche Massnahmen vorerst als nicht angezeigt (AB 30) und forderte den Versicherten am 22. September 2016 (AB 32) zur Mitwirkung in Form der Inanspruchnahme einer entsprechenden Therapie auf. Im Nachgang zur stationären Behandlung des Versicherten vom 21. Dezember 2016 bis 8. März 2017 (AB 43) holte sie eine weitere psychiatrische Expertise ein (AB 54.1) und stellte mit Vorbescheid vom 4. Januar 2018 (AB 61) die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand des Versicherten (AB 71) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 74) verneinte sie mit Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 75) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

### **B.**

Mit Eingabe vom 4. September 2017 (recte: 2018) hat der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben und beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Aufforderungsgemäss hat er am 17. September 2017 (recte: 2018) einen in Aussicht gestellten medizinischen Bericht nachgereicht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 6).

In der Beschwerdeantwort vom 21. September 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). 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).

**2.2.1** 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invali-

ditätsgrades 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).

**2.2.2** 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. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** 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** Die angefochtene Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 75) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem psychiatrischen Gutachten vom 25. November 2017 (AB 54.1) sowie der RAD-Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (AB 74).

**3.1.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vermerkte in der Expertise vom 25. November 2017 (AB 54.1) die folgenden Diagnosen (AB 54.1/29 Ziff. 7.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei:
  - Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10: F23.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Akzentuierte (perfektionistisch/übergenu, hypochondrisch, histrionisch, psychasthenisch) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)
3. Aktenanamnestisch depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4)

Er attestierte für die angestammte Tätigkeit seit 29. Oktober 2014 bzw. für jegliche Erwerbstätigkeit (aufgrund der stattgehabten Hospitalisationen, einem zwischenzeitlichen Rezidiv sowie der kurzer Wartezeit zwischen den stationären Behandlungen) vom 29. Oktober 2014 bis 13. November 2015 sowie vom 21. Dezember 2016 bis 8. März 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für leidensangepasste Tätigkeiten (strukturierte Arbeiten mit stringenter Betreuung und Toleranz am Arbeitsplatz für Verunsicherung und übermässige Genauigkeit des Exploranden, ohne gefährliche Aufgaben und übermässige Verantwortung) bestehe seit November 2015 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit 10%iger Leistungsminderung (AB 54.1/32 Ziff. 7.6).

**3.1.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte in der RAD-Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (AB 74) zum Schluss, dass insgesamt auf die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ abgestellt werden könne.

**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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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** Das psychiatrische Gutachten des Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2017 (AB 54.1) erfüllt – was die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen anbelangt – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringt insoweit vollen Beweis. Der Sachverständige stützte seine fachärztliche Beurteilung auf die wesentlichen Vorakten, das klinische Explorationsgespräch sowie die Erkenntnisse aus den psychometrischen (AB 54.1/13 f. Ziff. 4.2 f., 54.2/3-9) und labortechnischen (AB 54.1/14 f. Ziff. 4.4, 54.2/10 f.) Zusatzabklärung. Er leitete die diagnostizierte Neurasthenie (ICD-10: F48.0; AB 54.1/16 Ziff. 5) anhand der einschlägigen Kriterien nachvollziehbar her (vgl. AB 54.1/20 Ziff. 6.1; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 235 f.). Er setzte sich dabei insbesondere auch eingehend mit dem Vorgutachten des Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juli 2016 (AB 26.1) sowie den Einschätzungen der behandelnden med. pract. Arlette G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 10, 33, 36), sowie der Klinik F.\_\_\_\_\_ (AB 16, 18, 43) auseinander (AB 54.1/17 ff. Ziff. 6.1). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ gelangte dabei zum überzeugenden Schluss, dass die akute polymorphe psychotische Störung (ohne Symptome einer Schizophrenie) remittiert und die aktenanamnestisch postulierte depressive Episode nicht nachzuvollziehen sei (AB 54.1/20 ff. Ziff. 6.1 f.). Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung schloss er ebenso einleuchtend aus wie die seitens der Klinik F.\_\_\_\_\_ in Be-

tracht gezogene paranoide Schizophrenie mit aktuellem Negativsyndrom (AB 54.1/18 Ziff. 6.1, 54.1/21 f. Ziff. 6.1). Die seitens des Beschwerdeführers an der diagnostischen Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ erhobene Kritik verfängt nicht:

**3.3.1** Entgegen der in der Beschwerde (S. 7 Ziff. III Ziff. 8) vertretenen Ansicht liegt keine relevante Diskrepanz zwischen dem Vorgutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2016 (AB 26.1) und der Expertise von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2017 (AB 54.1) vor. Denn die erste gutachterliche Untersuchung führte zu keinen konklusiven Erkenntnissen und die diagnostische Beurteilung war nach der zutreffenden Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ lediglich provisorischer Natur (AB 74/5). Im Rahmen dieser ersten Begutachtung, welche auch eine neuropsychologische Testung (AB 26.1/11-13) umfasste, wies Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf die Schwierigkeit hin, die Erkrankung diagnostisch zu fassen (AB 26.1/13). Er ging schliesslich von einer in der Vergangenheit mehrfach aufgetretenen aber mittlerweile remittierten akuten polymorphen psychotischen Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10: F23.0) aus und zog eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung (ICD-10: 48.9) in Betracht (AB 26.1/25 Ziff. III Ziff. 1). Der Gutachter gab dabei an, dass sich die diagnostischen Unsicherheiten nicht ausräumen liessen und regte eine (teil-)stationäre Behandlung und Abklärung des Exploranden an, um dadurch diagnostische Gewissheit zu erhalten (AB 26.1/17, 26.1/19 f. Ziff. I Ziff. 1 und Ziff. 8). Bei dieser Ausgangslage forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu Recht auf, sich einer entsprechenden Therapie zu unterziehen, um hernach anhand weiterer medizinischer Abklärungen verbindlichere Erkenntnisse zu erlangen (AB 32).

**3.3.2** Der Beschwerdeführer stellt die im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2017 (AB 54.1) aufgeführte Diagnose einer Neurasthenie nicht in Frage, er erachtet den Ausschluss einer zusätzlich vorliegenden Depression hingegen als «wenigstens zweifelhaft», da der durchgeführte MADRS-Test (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) nicht überzeuge (Beschwerde S. 5 Ziff. III Ziff. 6 lit. a). In der besagten Skala ergab sich ein Resultat von 5 (AB 54.2/9), was mit Blick auf die Cut-Off-Werte einer asymptomatischen Situation entspricht

(vgl. ROLF-DIETER STIEGLITZ, Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, 1. Aufl. 2008, S. 71; AB 54.1/13 Ziff. 4.2). Die Rüge des Beschwerdeführers erschöpft sich im pauschalen Vorwurf, dass die Einträge im Fragebogen seinem tatsächlich Erlebten und in den verschiedenen medizinischen Berichten beschriebenen sowie dokumentierten Bild und Verhalten diametral widersprechen (Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 6 lit. a). Dabei scheint er zu verkennen, dass es sich bei der angewendeten MADRS um eine Fremdbeurteilungs-Skala zur syndromalen Diagnostik einer Depression handelt (vgl. dazu ROTHENHÄUSLER/TÄSCHNER, Kompendium Praktische Psychiatrie, 2. Aufl. 2013, S. 67), die auf einem aktuellen Interview basiert (vgl. Anleitung [AB 54.2/7]). Einerseits kommt es damit – anders als bei einem Selbstbeurteilungsverfahren – nicht allein auf das subjektiv Erlebte und das eigene Bild des Exploranden an, sondern fliesst auch die fachärztliche Würdigung des Untersuchers mit ein. Andererseits widerspiegeln die einzelnen Items eine Momentaufnahme, weshalb das Ergebnis dieses psychometrischen Tests nicht ohne weiteres Rückschlüsse über einen länger zurückliegenden Zeitraum zulässt. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stützte seine retrospektive Beurteilung des Verlaufs denn auch nicht auf die entsprechenden Testergebnisse, sondern auf die anamnestischen Erkenntnisse. Er legte dabei schlüssig dar, dass die klinisch-diagnostischen Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode aufgrund der Angaben in den Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollzogen werden können (AB 54.1/21 Ziff. III Ziff. 6.1). Schliesslich sind Symptome einer leichteren Depression auch der Neurasthenie inhärent (vgl. DILLING et al., a.a.O.) und anerkennt der Beschwerdeführer selbst, dass sich diese Diagnose depressionsähnlich äussert (Beschwerde S. 6 f. Ziff. III Ziff. 6 lit. b). Es bestehen auch vor diesem Hintergrund keine Anhaltspunkte dafür, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die geklagte Beschwerdesymptomatik nicht hinreichend berücksichtigt oder fachärztlich falsch gewürdigt hätte.

**3.3.3** Der im Beschwerdeverfahren aufgelegte Zwischenbericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 14. September 2018 (BB 6) ist nicht geeignet, den Beweiswert der im psychiatrischen Administrativgutachten vom 25. November 2017 (AB 54.1) festgestellten Befunde und Diagnosen zu schmälern. Er bezieht sich auf eine erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 75), welche den gerichtlichen Überprüfungshorizont mar-

kirt (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), stattgehabte Hospitalisation. Dem Bericht lassen sich hinsichtlich der bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens bestehenden Situation keine relevanten Angaben entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Die erwähnten, neu auftretenden halluzinatorischen Aspekte könnten allenfalls als Grundlage für eine Neuanschuldung dienen (vgl. Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 6).

**3.3.4** Sowohl die Atteste der behandelnden Ärzte und die verschiedenen stationären Behandlungen als auch die gestellten Diagnosen lassen keine zwingenden Rückschlüsse auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zu (Beschwerde S. 6 f. Ziff. III Ziff. 6 lit. b und Ziff. 7). Wie aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 4 hiernach), kann mit Blick auf das Ergebnis der Indikatorenprüfung indes letztlich offen bleiben, wie die Auswirkungen der Neurasthenie auf die Arbeitsfähigkeit aus rein medizinischer Optik zu beurteilen sind. Damit erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen (in Form eines dritten Gutachtens bzw. einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL; vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts {BGer} vom 21. Juni 2016, 9C\_132/2016, E. 3.3; Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 8]).

#### **4.**

**4.1** Bezüglich der von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierten Neurasthenie (ICD-10: F48.0; AB 54.1/29 Ziff. 7.3) sind die klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.1 hiervor; DILLING et al., a.a.O.) eingehalten. Soweit die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2018 (AB 75) erwog, es lägen ausreichende Ausschlussgründe vor, welche die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verböten (AB 75/2), bezog sie sich dabei offensichtlich nicht auf den Begriff der Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.2 hiervor), konnten doch weder Dr. med. E.\_\_\_\_\_ noch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Aggra-

vation oder ähnliche Erscheinungen feststellen (AB 26.1/20 Ziff. 4, 54.1/27 Ziff. 7.1.6). Nachdem die Prüfung der ersten Ebene somit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht ausschliesst, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

**4.2.1** Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**4.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die Schwere der Gesundheitsschädigung kann sich deshalb nicht allein aus der Diagnosestellung ergeben (Beschwerde S. 13 Ziff. IV Ziff. 11).

Gemäss der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sind die mit der Neurasthenie verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde gar nicht bis gering ausgeprägt (AB 54.1/25 f. Ziff. 7.1). Dies korreliert mit der Einschätzung des Vorgutachters Dr. med. E. \_\_\_\_\_, der erklärte, die aktuell nachweisbaren Befunde liessen noch keine schwere Beeinträchtigungen erwarten (AB 26.1/19 Ziff. I Ziff. 1).

**4.2.1.2** Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

Bis zum hier relevanten Überprüfungszeitpunkt vom 5. Juli 2018 (AB 75; vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) stand der Beschwerdeführer seit 8. Dezember 2014 in einer ambulante Behandlung (inkl. Pharmakotherapie) bei med. pract. G. \_\_\_\_\_ (AB 10, 33, 36) und wurde insgesamt viermal hospitalisiert (vom 29. Oktober bis 17. November

2014 sowie vom 13. Juli bis 13. August 2015 in den psychiatrischen Diensten H.\_\_\_\_\_ [AB 5, 10/2 Ziff. 1.3] bzw. vom 22. September bis 13. November 2015 sowie vom 21. Dezember 2016 bis 8. März 2017 in der Klinik F.\_\_\_\_\_ [AB 18, 43]). Der Ausgang der stationären Behandlungen war stets positiv und auch die Psychopharmaka wurden mit Erfolg eingesetzt. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt eine Weiterführung der Therapie samt Medikation für mindestens zwei Jahre im Sinne einer Rezidiv-Prophylaxe für angezeigt und taxierte die wissenschaftlich anerkannten Therapieoptionen als «bei weitem nicht ausgeschöpft» (AB 54.1/29 f. Ziff. 7.4). Auch med. pract. G.\_\_\_\_\_ postulierte bisher keine Behandlungsresistenz.

**4.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301).

Wesentliche somatische Beeinträchtigungen sind weder aktenkundig noch werden sie geltend gemacht. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt zudem ausdrücklich fest, dass neben der Neurasthenie keine relevante Komorbidität begründet werden könne. (AB 54.1/23 Ziff. 6.2). Dementsprechend liegen auch keine Wechselwirkungen vor (AB 54.1/29 Ziff. 7.3.3).

**4.2.2** Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Es wurden im psychiatrischen Verlaufsgutachten bloss akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: 73.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (AB 54.1/29 Ziff. 7.3.2 Lemma 1), eine eigentliche Persönlichkeitsstörung oder -änderung konnte jedoch ausgeschlossen werden (AB 54.1/26 Ziff. 7.1.3).

**4.2.3** Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin erhebliche Ressourcen bereit. So trifft sich der Beschwerdeführer gemäss Gutachten

mit Schulkollegen, seinem Bruder und Verwandten der Ehefrau, beispielsweise mit den Schwiegereltern (AB 54.1/11 Ziff. 3). Zwar relativierte seine Ehefrau diese Angaben im Rahmen des Einwands (AB 71) gegen den Vorbescheid (AB 61). Sie hielt dabei fest, dass sozialen Kontakte nicht regelmässig stattfänden, gleichzeitig räumte sie indes ein, dass sie zusammen mit dem Beschwerdeführer Besuch empfangen bzw. von Drittpersonen eingeladen würden (AB 71/8).

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**4.3.1** Es besteht keine *Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung gab der Beschwerdeführer unter anderem an, er besorge seine persönliche Hygiene, frühstücke und koche das Mittagessen. Er erledigte gemeinsam mit seiner Ehefrau den Haushalt und gehe mit ihr einkaufen. Je nach Befinden wasche er ab, putze und räume die Wäsche weg. Er schlafe tagsüber zirka eineinhalb Stunden, sehe wenig fern, lese Zeitschriften und reche das Laub zusammen. Im Sommer gehe er ab und zu in den ... zum Spazieren. Er unternehme mit seiner Ehefrau auch Tagesausflüge und kümmere sich um die zwei Katzen der Nachbarin (AB 54.1/11 Ziff. 3). Später präzisierte seine Ehefrau diese Schilderungen insoweit, als sie sinngemäss erklärte, die Beiträge des Beschwerdeführers im Haushalt seien bescheiden, auch müsse er für die einzelnen Tätigkeiten jeweils motiviert werden. Zudem seien sie zuletzt vor rund fünf Jahren im ... gewesen und der erwähnte Tagesausflug sei für den Beschwerdeführer recht anstrengend gewesen. Die Ehefrau bestätigte hingegen beispielsweise, dass sie mit dem Beschwerdeführer wöchentlich einkaufen und manchmal im Wohnort spazieren gingen (AB 71/8). Damit ist der Beschwerdeführer zumindest in der Lage, im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) gewisse Ressourcen zu mobilisieren, während er sich gleichzeitig in jeglicher Erwerbstätigkeit für vollständig arbeitsunfähig hält (AB 54.1/11 Ziff. 3). Nach Einschätzung des Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ist die Limitierung des Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers überdies weit überwiegend durch dessen Selbsteinschät-

zung begründet (AB 54.1/31 Ziff. 7.5.2). Bei dieser Ausgangslage braucht nicht geklärt zu werden, ob gestützt auf die Beweismaxime «der Aussage der ersten Stunde» (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; SVR 2016 UV Nr. 44 S. 147 E. 3.5) auf die ursprünglichen Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration oder die nachträglichen Relativierungen seiner Ehefrau abzustellen ist.

**4.3.2** Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht zwar grundsätzlich für einen gewissen Leidensdruck, zumal sich der Beschwerdeführer bis zum Verfügungserlass (AB 75) viermal hospitalisieren liess (AB 5, 10/2 Ziff. 1.3, 18, 43). Er schöpft die wissenschaftlich anerkannten Therapieoptionen jedoch «bei weitem» nicht aus, obwohl er seine Behandlungsmotivation bestätigte und keine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz vorliegt (AB 54.1/31 f. Ziff. 7.5.4 f.). Ein krankheitsbedingter grosser Leidensdruck ist damit zu verneinen.

**4.4** In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten Neurasthenie. Die Komplexe Gesundheitsschädigung, Persönlichkeit und Sozialer Kontext zeigen keine überwiegenden negativen Beeinflussungen. Aus der Konsistenzprüfung ergeben sich zudem keine Anhaltspunkte für einen erheblichen krankheitsbedingten Leidensdruck, gleichzeitig deutet das Aktivitätsniveau in der Freizeitgestaltung auf (mobilisierbare) Ressourcen hin, zumal die Limitierung weit überwiegend durch die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers bedingt ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus rein medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf bzw. die Leistungseinschränkung in Verweisungstätigkeiten aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Nichts daran zu ändern vermag der Umstand, dass beim im Bereich des ... tätig gewesenen Beschwerdeführer allenfalls aus verkehrsmedizinischen Gründen eine Fahruntauglichkeit vorlag (vgl. IV-Protokoll [in den Gerichtsakten], S. 3 f. [Einträge vom 2. Dezember 2015 und 22. Juni 2016]). Rechtlich gesehen liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, zumal grundsätzlich ohnehin nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein können (Entscheid des BGer vom

30. August 2018, 9C\_303/2018, E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418).  
Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 25. November 2017 (AB 75) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte; die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.



4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ 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.