

200 19 144 IV  
JAP/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. April 2019**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Januar 2019



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (vormals ...; nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), Vater ... Kinder und bis ... 2011 als ... in einem ...-Unternehmen erwerbstätig, meldete sich im November 2011 unter Hinweis auf eine „Erschöpfungsdepression“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1.141 S. 11; 1.148; 1.17 S. 2 ff.). Die damals zuständige Sozialversicherungsanstalt des Kantons ... (nachfolgend SVA ...) klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, holte die Akten des Krankentaggeldversicherers sowie Berichte behandelnder Ärzte ein und veranlasste bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (Expertise vom 8. April 2013 [act. II 1.94]). Entsprechend der – gestützt auf die Empfehlungen im Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ erfolgten – Aufforderung der SVA ... (act. II 1.93) unterzog sich der Versicherte in der Folge einer (weiteren) stationären psychiatrischen Behandlung (act. II 1.81 S. 1). Nach Vorliegen des Hospitalisationsberichts vom 9. Juli 2013 (act. II 1.79) holte die SVA ... einen weiteren Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein und veranlasste bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (Expertise vom 19. Februar 2014 [act. II 1.66]). Mit Schreiben vom 5. Februar 2015 (act. II 1.35) teilte die SVA ... dem Versicherten mit, er habe ab Mai 2012 Anspruch auf eine ganze Rente. Gleichzeitig hätten die Abklärungen ergeben, dass der Gesundheitszustand mit Fortsetzung einer intensiven psychiatrischen Behandlung und einer stationären psychosomatischen „Reha“ wesentlich verbessert respektive erhalten werden und zur Ermöglichung von Eingliederungsmassnahmen führen könne. Es werde deshalb erwartet, dass sich der Versicherte diesen Massnahmen unterziehe, was mittels amtlicher Revision im Mai 2016 überprüft werde. Mit (unangetroffen gebliebener) Verfügung vom 17. April 2015 (act. II 1.16) sprach die SVA ... dem Versicherten ab Mai 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 86% (vgl. act. II 1.20 S. 2) eine ganze Invalidenrente (samt Kinderrenten) zu.

**B.**

Im Mai 2016 leitete die infolge Wohnsitzwechsel (act. II 1.17 S. 1) neu zuständige IVB (act. II 1.1) ein Revisionsverfahren ein (act. II 3). Sie holte Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sowie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), ein und verneinte – nachdem der Versicherte mitgeteilt hatte, ein „Arbeitsversuch via Job Coaching“ sei für ihn „nicht das Richtige“ (act. II 24) – mit (unbeanstandet gebliebener) Mitteilung vom 16. Juni 2017 (act. II 25) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. In der Folge veranlasste die IVB bei PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (act. II 37). Dieser erstattete die Expertise (vom 28. März 2018 [act. II 45.1]) am 5. April 2018 und beantwortete anschliessend Zusatzfragen der Parteien (act. II 46; 49 S. 1 – 3; Stellungnahme vom 27. August 2018 [act. II 52]). Mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2018 (act. II 53) stellte die IVB dem Versicherten die Aufhebung der Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht. In der Begründung hielt sie fest, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne mehr vor. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben und eine Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einreichen (act. II 58). Mit Verfügung vom 17. Januar 2019 (act. II 60) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

**C.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 18. Februar 2019 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die IV-Verfügung vom 17. Januar 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin die Invalidenrente im bisherigen Umfang auszurichten.
2. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge, zuzüglich MwSt, zulasten der Gegenpartei.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2019 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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Januar 2019 (act. II 60). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente zu Recht auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats – mithin per 28. Februar 2019 – aufhob.

**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**

**2.1.1** 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). 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).

**2.1.2** 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).

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

**2.1.3** 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, ab-

wenden 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).

## **2.2**

**2.2.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.2.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.2.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**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** Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 17. April 2015 (act. II 1.16) sprach die SVA ... dem Beschwerdeführer rückwirkend ab Mai 2012 eine ganze Invalidenrente zu, welche mit Verfügung vom 17. Januar 2019 (act. II 60) aufgehoben wurde. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden somit die Verfügungen vom 17. April 2015 und vom 17. Januar 2019 (vgl. E. 2.2.3 vorne).

**3.2** Bei Erlass der Verfügung vom 17. April 2015 stützte sich die SVA ... im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2014 (act. II 1.66). Darin diagnostizierte der Experte eine depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1) bei einer Persönlichkeit mit narzisstischen, unsicheren und ängstlich vermeidenden Zügen (S. 21). In der Beurteilung hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, im gesamten Verlauf seit 2011 sei es tendenziell eher zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit einer regressiven Entwicklung gekommen, einer Dekonditionierung und einer Verfestigung der negativen Krankheitsüberzeugung. Die in der Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde sprächen für eine aktuell mittelgradige depressive Episode, die Kriterien gemäss ICD-10 für eine schwere Episode seien nicht ganz erfüllt. Es habe sich ein beträchtlich gehemmter, verlangsamter und deprimierter Beschwerdeführer gezeigt. Er verfüge über eine nur unzureichende Tagesstruktur und könne nur wenige seiner Vorsätze umsetzen. Im Becks Depressionsinventar sei die Grenze (30 Punkte) für ein schweres depressives Syndrom mit 49 Punkten sehr weit überschritten worden. Es handle sich um eine Selbstbeurteilung, in der sich der Beschwerdeführer deutlich schlechter einschätze, als es die objektiven Befunde erwarten liessen. Damit bestehe eine Diskrepanz zwischen den in den Akten dokumentierten sowie den eigenen Befunden, welche für einen mittleren Schweregrad sprächen, und der deutlich schlechteren Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. Diese Diskrepanz hänge mit der inneren, psychodynamischen Verarbeitung des Stellenverlusts zusammen (S. 22 f.). Die Teilnahme an einem tagesklinischen Programm sei ab sofort zumutbar und auch aus therapeutischer Sicht indiziert um eine Tagesstruktur aufzubauen. Wichtiger sei es aber, Massnahmen für eine berufliche

Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt in die Wege zu leiten. In der bisher ausgeübten angestammten Tätigkeit als ... bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit. Mittelfristig bis längerfristig könne aber mit den vorgeschlagenen beruflichen Massnahmen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf gerechnet werden (S. 27 f.). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei initial leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit (S. 28).

**3.3** Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2019 (act. II 60; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Im Bericht vom 27. Februar 2016 (act. II 1.3 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine mittelschwere chronifizierte depressive Störung (ICD-10 F32.1). Der Verlauf sei seit September 2013 weitgehend unverändert. Es hätten seit der letzten Hospitalisation im Juni/Juli 2013 keine stationären Aufenthalte mehr stattgefunden (S. 2). Der psychische Zustand habe ein wenig stabilisiert werden können, ohne jedoch von einer Verbesserung sprechen zu können. Mit dem Beschwerdeführer werde die Aufnahme in ein Tagesklinikprogramm diskutiert (S. 3).

Im Bericht vom 18. Juli 2016 (act. II 5 S. 2 ff.) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, in seiner früheren Tätigkeit ... eines ... könne nicht mehr mit einer Wiederaufnahme einer vergleichbaren Tätigkeit gerechnet werden. Allenfalls wäre eine Tätigkeit, wie sie der Beschwerdeführer im Sommer/Herbst 2014 ausgeführt habe (Betreuung von einfachen Projekten bei einer ... in max. 50% Teilzeitanstellung) noch denkbar. Inzwischen müsste diese Einschätzung wegen der inzwischen langen Abwesenheit von der Arbeitswelt allerdings mit einem Arbeitsversuch überprüft werden (S. 3).

Mit weiterem Bericht vom 2. Oktober 2017 (act. II 38) bestätigte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer chronifizierten „und therapieresistenten“ mittelschweren Depression (ICD-10 F32.1) und hielt fest, der Gesundheitszustand habe sich nicht wesentlich verändert (S. 1). Die laufende Behandlung bestehe in Therapiegesprächen, nach Möglichkeit mit einer Sitzung pro Woche. Es habe nur eine mässige Besserung erreicht werden können

– jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er gehe heute von einer Chronifizierung des Zustandes aus. Auch eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zurzeit nicht zumutbar (S. 2).

**3.3.2** Im psychiatrischen Gutachten vom 28. März 2018 (act. II 45.1) hielt PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig noch mittelschwerer Ausprägung mit in der Vergangenheit mindestens zwei schweren depressiven Phasen ohne anhaltende Vollremission zwischen den Phasen (ICD-10 F33.1), fest. In diesem Sinne werde auch eine chronifizierte Depression nach DSM-5 diagnostiziert (S. 45).

Die klinische Untersuchungssituation sei durch eine ausgeprägte Beschwerdeklage gekennzeichnet gewesen, wobei auch melancholische Themen angeklungen seien wie eine Schuldthematik oder der Gedanke der Versündigung gegenüber seiner Familie. Durchgehend habe der Beschwerdeführer leicht verhangen, etwas müde, etwas unkonzentriert gewirkt, habe jedoch dem Untersuchungsgespräch jederzeit zu folgen vermocht und sich am Ende des Gespräches auch an zu Beginn des Gespräches thematisierte Zusammenhänge erinnern können. Eine Konzentrationsstörung sei nicht zu erkennen gewesen. Die Selbstbeurteilungsskala für depressive Symptome habe der Beschwerdeführer so ausgefüllt, dass ein gravierend auffälliger Befund entstanden sei (S. 40). Von erheblicher Bedeutung für die klinische Einschätzung und Validität der Diagnostik sei der Befund, dass der Beschwerdeführer beim strukturierten Fragebogen simulierter Symptome SFSS ein erheblich auffälliges Ergebnis gezeigt habe, was als Ausdruck einer nicht unerheblichen Beschwerdeverdeutlichungstendenz gewertet werden müsse (S. 41).

Es sei zu einer stabilen und erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen (S. 55 Ziff. VII 3b). Gegenwärtig bestehe noch eine mittelschwere Depressivität (S. 46 Ziff. II 1). Indessen fänden sich klinisch und testpsychologisch deutliche Hinweise auf eine Aggravation, das heisse Beschwerdeverdeutlichungstendenz, was dazu beitrage, dass die Einschätzung einer höchstens mittelschweren Depressivität mit Vorbehalt vorgetragen werde. Es bleibe eine diagnostische Unschärfe durch die Aggravation (S. 47 Ziff. II 4). Eine bedeutsame psychiatrische Komorbidität

bestehe nicht (S. 46 Ziff. II 1). Weiter seien narzisstische und selbstunsichere, aber auch melancholische Persönlichkeitszüge zu beschreiben (S. 48 Ziff. II 7), welche jedoch nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichten (S. 42). Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit in der ... bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 52 Ziff. VII 1). In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Als wichtiger Faktor der Chronifizierung erscheine hier jetzt auch die Dekonditionierung, so dass eine Wiedereingewöhnung in reale Arbeitsplatzbedingungen (mit Ausnahme höherer sozial-kommunikativer Anforderungen) notwendig sei, um eine positive Wiedereingliederungsprognose zu realisieren (S. 53 Ziff. VII 2).

**3.3.3** In Beantwortung der Zusatzfragen (vgl. act. II 50) hielt PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 27. August 2018 (act. II 52) fest, dass vorliegend noch keine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne, hänge mit seiner Einschätzung zusammen, wonach nach der langjährigen Dekonditionierung ein sofortiger Eintritt in eine leidensadaptierte Tätigkeit mit 100%-Pensum und Rendement nicht möglich erscheine, so dass, eine „Wiedereingewöhnung in reale Arbeitsbedingungen“ zunächst im Umfang von 50% angemessen erscheine. Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit nach Wiedereingewöhnung dann ausgehend von 50% steigern lasse (S. 2 Ziff. 1). Sodann sei die nachgewiesene Beschwerdeverdeutlichungstendenz Bestandteil des klinischen Gesamtbildes. Die Frage, ob die Arbeitsunfähigkeit sich quantitativ anders darstellen würde, wenn keine Beschwerdeverdeutlichungstendenzen vorlägen, könne nicht beantwortet werden und sei theoretischer Natur (S. 2 Ziff. 2).

**3.3.4** Im zu Händen der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 12. November 2018 (act. II 58 S. 7 – 10) kritisierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die Einschätzung des Gutachters PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_, wonach eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz bzw. Aggravation vorliege. Auch erachte er die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als zu optimistisch.

### **3.4**

**3.4.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4.2** 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).

**3.4.3** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevison erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

**3.5** Das Gutachten von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2018 (act. II 45.1) erfüllt für sich sowie im Verbund mit der Stellungnahme vom 27. August 2018 (act. II 52) die vorerwähnten Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4.2 f. hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.6 hiernach).

Danach liegt beim Beschwerdeführer (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelschwer (ICD-10 F33.1) bzw. eine chronifizierte (anhaltende) Depression (DSM-5) vor (act. II 45.1 S. 45). Für die angestammte Tätigkeit (als ... eines mittelgrossen Unternehmens) besteht eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 52 Ziff. VII 1), während eine den Leiden angepasste Tätigkeit im Umfang von 50% (S. 53 Ziff. VII 2) zumutbar ist. Gleichzeitig stellte der Gutachter eine Dekonditionierung als wichtigen Faktor der Chronifizierung (S. 53 Ziff. VII 2) und deutliche Hinweise auf eine Aggravation bzw. eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz (welche Begriffe im Gutachten synonym verwendet werden [S. 47 Ziff. II 4]) fest.

Soweit an den Einschätzungen von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ Kritik geübt wird, ist darauf im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**3.6** Der Beschwerdeführer bringt vor, entgegen der angefochtenen Verfügung liege kein Revisionsgrund vor (Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 1 – 3).

**3.6.1** Für die Beurteilung der Frage, ob ein Revisionsgrund vorliegt, ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Dezember 2016, 9C\_602/2016, E. 5.1).

**3.6.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 19. Februar 2014 eine depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1; act. II 1.66 S. 21), PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig) mittelschweren Grades (ICD-10 F33.1; act. II 45.1 S. 45). Da beide Gutachter von einer mittelschweren Ausprägung der Depression sowie einem chronifizierten Verlauf ausgingen (vgl. act. II 1.66 S. 27; 45.1 S. 45), ist die unterschiedliche Klassifizierung der depressiven Störung unter revisionsrechtlichem Gesichtspunkt nicht relevant. Sodann steht auch fest, dass PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in Bezug auf die angestammte Tätigkeit unverändert eine 100%ige und hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. E. 3.5 vorne), womit – prima facie – auch insoweit im Vergleich zu den Einschätzungen im Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine Änderung vorliegt (vgl. act. II 1.66 S. 24).

Dennoch stellte PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes fest. Zur Frage, ob sich dieser seit „dem massgebenden Vergleichszeitpunkt“ verändert habe, führte der Gutachter aus, ein wesentliches Problem bestehe nach wie vor darin, dass für eine Führungsposition, wie der Beschwerdeführer sie vor 2011 ausgeübt habe, offenbar am Arbeitsmarkt Bedingungen für den Wiedereintritt beständen, die der Beschwerdeführer aufgrund seiner langjährigen Abwesenheit nicht mehr erfüllen könne. Die langjährige Dekonditionierung trage auch dazu bei, dass eine Wiedereingliederung zunächst nur in einer angepassten Tätigkeit erfolgen könne. Es seien deutliche Resilienzfaktoren zu beschreiben und keine Faktoren, die die weitere Chronifizierung unterstützten, insbesondere bestehe keine bedeutsame psychiatrische Komorbidität (act. II 45.1 S. 45 f. Ziff. I 1). Es sei zu einer stabilen und erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Hierfür spreche letztlich indirekt auch das nachgewiesene Beschwerdeverdeutlichungsverhalten. Es handle sich nicht um eine andere ärztliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes, vielmehr bestehe in Hinsicht auf die chronifizierte Depression ein deutlich besserer und stabilisierter Zustand als in den vergangenen Jahren mehrfach dokumentiert (S. 55 Ziff. 3b).

Diese Einschätzungen sind nachvollziehbar und schlüssig:

**3.6.3** Zwar trifft es zu, dass sich PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bei der von ihm geltend gemachten Verbesserung des Gesundheitszustandes vergleichend auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und nicht auf das Grundlage der Verfügung vom 17. April 2015 (act. II 1.16) bildende Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (act. II 1.66) bezog, wie dies aus der Stellungnahme von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 27. August 2018 hervorgeht (vgl. act. II 52 S. 3 Ziff. 4). Dies ist jedoch nicht von Belang: Zum einen hat PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die von ihm postulierte Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht in erster Linie an der medizinisch-theoretischen Festlegung des Arbeitsfähigkeitsgrades festgemacht, sondern namentlich mit der Veränderung des Gesundheitszustandes begründet. Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Unterschied zu Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit zwar ausdrücklich eine 50%ige Arbeitsfähig-

keit attestiert hatte (vgl. act. II 1.77 S. 4; 1.66 S. 24), jedoch im Wesentlichen von denselben befundmässigen und diagnostischen Erkenntnissen wie der behandelnde Psychiater ausging (vgl. act. II 1.77 S. 2 f.; 1.66 S. 20 f.). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt denn auch ausdrücklich fest, die Einschätzungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ beruhten auf psychopathologischen Befunden und die Diagnose sei korrekt begründet (vgl. act. II 1.66 S. 25). Haben die Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers demnach im Wesentlichen übereinstimmend beurteilt, schmälert der Umstand, dass PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vergleichend auf die medizinische Dokumentation des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abstellte und damit von einem unzutreffenden Vergleichszeitpunkt ausging, den Beweiswert seiner Einschätzung zur revisionsrechtlich relevanten Entwicklung des Gesundheitszustandes nicht.

**3.6.4** Dies gilt umso mehr, als sich die von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ postulierte Verbesserung des depressiven Beschwerdebildes auch aufgrund der (einzig massgebenden [vgl. E. 3.6.1 vorne]) Befundlage ohne weiteres nachvollziehen lässt: Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt unter „Psychopathologische Befunde“ (act. II 1.66 S. 20 f.) Folgendes fest: Aufmerksamkeit und Konzentration seien deutlich eingeschränkt, die Auffassung sei intakt, der Antrieb stark vermindert, der Beschwerdeführer zeige kaum Eigeninitiative. Das Denken sei formal gehemmt, verlangsamt, grüblerisch, inhaltlich eingeeengt auf die subjektiv als ausweglos empfundene Lebenssituation. Die Grundstimmung sei beträchtlich deprimiert, die affektive Modulationsfähigkeit fehle, der affektive Rapport sei gut, fehlendes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuld- und Schamgefühle, Freud- und Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste, latente Suizidalität, zeitweise mit konkreten Absichten. Es beständen Ein- und Durchschlafstörungen, der Appetit sei vermindert. Demgegenüber hielt PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ unter „Psychopathologischer Untersuchungsbefund (nach AMDP)“ (act. II 45.1 S. 26 ff.) Folgendes fest: Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt; das formale Denken sei ungestört. Es finde sich weder eine Denkverlangsamung noch -hemmung, keine Perseveration, kein Grübeln und keine Ideenflucht. Der Beschwerdeführer zeige keine pathologischen Befürchtungen oder Zwangsphänomene. Die Grundstimmung sei leicht angespannt, nur punktuell deutlicher depressiv wirkend, die affektive Auslenkungsfähig-

keit sei eingeschränkt, jedoch nicht aufgehoben, es fehlten typisch melancholische Züge, es sei keine Suizidalität erkennbar. Antrieb und Psychomotorik wirkten leicht reduziert.

Es ist weder ersichtlich noch wird geltend gemacht, dass PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bei der Befunderhebung nicht lege artis vorgegangen wäre. Dabei sind die Unterschiede zu den von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ getroffenen Feststellungen evident: So konnte PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ beim formalen Denken keine Hemmungen und auch kein Grübeln mehr erkennen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis waren nicht mehr beeinträchtigt, die Grundstimmung nicht mehr „beträchtlich deprimiert“, sondern nur mehr „leicht angespannt, nur punktuell deutlicher depressiv wirkend“. Daraus folgt, dass auf der Befundebene im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes erstellt ist.

**3.6.5** Dem Dargelegten zufolge kann der Beschwerdeführer demnach aus der unverändert gebliebenen Diagnose und der nominell ebenso gleichgebliebenen medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von 100 bzw. 50% nichts zu seinen Gunsten ableiten: Unter revisionsrechtlichem Blickwinkel ist allein entscheidend, dass die der diagnostischen Einschätzung sowie der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegende Befundlage seit der Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine wesentliche Veränderung im Sinne einer deutlichen Verbesserung erfahren hat (vgl. E. 2.2.2 und 3.6.1 vorne), womit ein Revisionsgrund gegeben ist. Soweit PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus dieser befundmässigen Verbesserung nicht auch auf eine (sofortige) Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit geschlossen hat, so liegt dieser Umstand – wie er bereits im Gutachten vom 28. März 2018 (act. II 45.1 S. 46 Ziff. I 1) ausgeführt und in der Stellungnahme vom 27. August 2018 (act. II 52 S. 2 Ziff. 1) nochmals bekräftigt hat – nicht in krankheitswertigen, die Chronifizierung unterstützenden Ursachen, sondern massgeblich in einer Dekonditionierung begründet (vgl. E. 4.5.1 hinten).

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass auch das Beschwerdeverdeutlichungsverhalten im Sinne einer Aggravation (vgl. E. 4.4.2 hinten) einen

(zusätzlichen) Revisionsgrund darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 6. März 2019, 8C\_825/2018, E. 6.1).

**3.7** Liegt dem Dargelegten zufolge ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 2.2.2 vorne).

#### **4.**

**4.1** Wie dargelegt (vgl. E. 3.5 vorne), attestierte PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige und in Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Zu prüfen bleibt, ob die medizinisch-theoretisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit auch eine rentenrelevante Invalidität begründet respektive rechtlich massgeblich ist.

#### **4.2**

**4.2.1** 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).

**4.2.2** 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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**4.2.3** 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 u.a., wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht. 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; BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287).

**4.2.4** 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 die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**4.2.5** Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Juni 2018, 8C\_74/2018, E. 5.1).

**4.3** Unter den Parteien ist – bei gegebenem Revisionsgrund (vgl. E. 3.7 vorne) – zu Recht unbestritten (vgl. Beschwerde, S. 9; Beschwerdeantwort, S. 5 Ziff. 21), dass das Vorliegen einer (rechtlich relevanten) Invalidität nach Massgabe der mit BGE 141 V 281 entwickelten Rechtsprechung zu prüfen ist (vgl. E. 4.2.2 vorne). Nachdem sich PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 28. März 2018 (act. II 45.1) an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert hat, kann auf das Administrativgutachten auch insoweit abgestellt werden.

#### **4.4**

**4.4.1** Die von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1), ist in Bezug auf die klassifikatorischen Vorgaben grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar begründet (vgl. act. II 45.1 S. 42, 45; E. 2.1.2 und 4.2.2 vorne) und stimmt auch mit den Feststellungen der übrigen involvierten Ärzte und namentlich des behandelnden Arztes überein (vgl. E. 3.6.2 f. vorne). Ob die von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ gleichzeitig festgestellte, aggravationsbedingte

Erschwernis hinsichtlich der diagnostischen Einschätzung des Beschwerdebildes (S. 46 Ziff. II 1) zu einer in beweismässiger und damit rechtlicher Hinsicht anderen Beurteilung führen könnte, kann mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben.

**4.4.2** Die Beschwerdegegnerin macht geltend, es lägen ausreichende Ausschlussgründe vor, welche die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verböten (act. II 60 S. 2; Beschwerdeantwort, S. 4 f. Ziff. 19). Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, es liege keine einen Ausschlussgrund darstellende Aggravation vor (Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 4 ff.).

PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hielt auf die Frage nach dem Vorliegen von Ausschlussgründen fest, es fänden sich klinisch und testpsychologisch (SFSS-Test) deutliche Hinweise auf eine Aggravation, das heisse Beschwerdeverdeutlichungstendenz, was dazu beitrage, dass die Einschätzung einer höchstens mittelschweren Depressivität mit Vorbehalt vorgetragen werde und eine diagnostische Unschärfe durch die Aggravation bleibe (act. II 45.1 S. 47; vgl. auch S. 34 f.). Soweit der vorliegend konsiliarisch behandelnde Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seinem zu Händen der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erstellten Bericht vom 12. November 2018 (act II 58 S. 7 – 10) kritisiert, mit dem vom Gutachter verwendeten Test (SFSS) würden „bis zu 38% der Probanden als Aggravanten abgestempelt, obschon sie keine sind“ (S. 8), übersieht er, dass PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ den Schluss auf eine Aggravation – welche er in der Stellungnahme vom 27. August 2018 sogar als gravierend einstufte (act. II 52 S. 3 Ziff. 4) – nicht allein anhand des Testergebnisses, sondern namentlich auch unter Einbezug des von ihm erhobenen (und von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nicht angezweifelte) klinischen Untersuchungsbefundes zog, welcher sich nicht mit den vom Beschwerdeführer in den psychometrischen Testuntersuchungen gemachten und auf eine weitaus massivere Ausprägung der psychischen Störung hindeutenden Beschwerdeangaben deckte.

Damit ist gestützt auf das Gutachten von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ das Vorliegen einer Aggravation im Sinne einer erheblichen Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den erhobenen Befunden erstellt. Wenn die Beschwerdegegnerin diesen gutachterlichen

Einschätzungen folgend in rechtlicher Hinsicht auf das Vorliegen eines Ausschlussgrundes (vgl. Entscheid des BGer vom 30. November 2018, 8C\_378/2018, E. 6.2) schloss, ist dies deshalb nicht zu beanstanden. Dies umso weniger, als die Aggravation Bestandteil des klinischen Gesamtbildes bildet (act. II 52 S. 2 Ziff. 2) und sich demnach (invalidenversicherungsrechtlich allein massgebliche) krankheitswertige Beschwerdeanteile nicht eindeutig abgrenzen lassen respektive – und entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 8 Ziff. 6) – die Aggravation nicht auf einer verselbständigten krankheitswertigen psychischen Störung beruht (vgl. E. 4.2.3 vorne). Sodann ist auf den weder vom Beschwerdeführer noch von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erwähnten, geschweige denn bestrittenen Umstand hinzuweisen, wonach PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die dem Beschwerdeführer angekündigte Medikamentenspiegeluntersuchung nicht durchführen konnte, weil Letzterer nach dem zuvor erbetenen Gang zur Toilette nicht mehr zur Untersuchung zurückgekehrt war (vgl. act. II 45.1 S. 35). Schliesslich kommt hinzu, dass auch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine erhebliche Diskrepanz zwischen den in den Akten dokumentierten sowie den eigenen Befunden festgestellt hatte, wenngleich er diese als mit der psychodynamischen Verarbeitung des Stellenverlusts zusammenhängend interpretieren konnte (act. II 1.66 S. 22 f.). Dies ist mit Blick auf den Zeitablauf einerseits und die objektiv verbesserte Befundlage andererseits heute nicht mehr möglich.

**4.5** Doch selbst wenn die von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ festgestellte Aggravation aus rechtlicher Sicht keinen Ausschlussgrund (vgl. E. 4.4.2 vorne) darstellte, so änderte sich mit Blick auf die diesfalls durchzuführende Indikatorenprüfung (vgl. E. 4.2.4 vorne) am Ergebnis nichts. Zu beachten ist dabei, dass Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation, welche den Tatbestand des Ausschlussgrundes nicht erfüllen, nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads des (ärztlich festgestellten) psychischen Leidens rufen (vgl. Entscheid des BGer vom 12. März 2019, 9C\_501/2018, E. 5.1).

**4.5.1** Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) hielt PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, es bestehe gegenwärtig noch eine mittelschwere

Depressivität, deren konkrete Einschätzung jedoch diagnostisch dadurch erschwert werde, dass gleichzeitig eine nicht unbedeutende Beschwerdeverdeutlichungstendenz nachgewiesen sei (act. II 45.1 S. 46 Ziff. II 1). Bereits diese – zurückhaltende und im Einklang mit den übrigen, im Gutachten getroffenen Feststellungen stehende – Formulierung lässt auf einen nicht erheblichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung schliessen. In der Tat präsentierte sich die objektive Befundlage respektive die Ausprägung der diagnoserelevanten Symptome im Rahmen der Begutachtung durch PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als höchstens mässig ausgeprägt (vgl. act. II 45.1 S. 26 ff.). Wie bereits unter revisionsrechtlichem Blickwinkel dargelegt (vgl. E. 3.6.4 vorne), fällt ins Gewicht, dass Aufmerksamkeit und Gedächtnis anlässlich der Begutachtung nicht mehr beeinträchtigt waren bzw. der Beschwerdeführer eine gewisse Unkonzentriertheit schilderte, diese aber in der Untersuchungssituation nicht deutlicher erkennbar war (S. 47 Ziff. II 2). Die Affektivität war allein durch eine leicht angespannte Grundstimmung, „nur punktuell deutlicher depressiv wirkend“ gekennzeichnet. Wohl war die affektive Auslenkungsfähigkeit eingeschränkt, jedoch nicht aufgehoben (S. 27). Weiter hielt der Gutachter fest, die Einschätzung einer „höchstens mittelschweren Depressivität“ werde „mit Vorbehalt“ vorgetragen, da infolge der „Aggravation“ eine diagnostische Unschärfe bestehe (S. 47 Ziff. II 4). Dass PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ – wie Dr. med. H.\_\_\_\_\_ kritisiert (vgl. act. II 58 S. 8) – das funktionelle Leistungspotential nicht auch noch anhand des Mini-ICF-Ratings (für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) geprüft hat, ist nicht zu beanstanden: Einerseits liegt die Wahl der Untersuchungsmethoden im Ermessen des Sachverständigen (Entscheid des BGer vom 13. August 2018, 8C\_341/2018, E. 6.1.2); andererseits ist die ICF nicht zur direkten Erfassung (allein massgeblicher) kausaler Zusammenhänge geeignet (vgl. dazu SZS 2018 S. 132 f.), was namentlich dann ins Gewicht fällt, wenn – wie hier – eine Beschwerdeverdeutlichung bzw. Aggravation vorliegt. Schliesslich ist auf eine erhebliche Dekonditionierung hinzuweisen, welche das Beschwerdebild bzw. die Arbeitsfähigkeit nach gutachterlicher Einschätzung massgeblich beeinflusst (act. II 45.1 S. 46 Ziff. I 1; 52 S. 2 Ziff. 1), jedoch einen invaliditätsfremden Faktor darstellt (Entscheid des BGer vom 12. Mai 2017, 9C\_848/2016, E. 4.2) – dies umso mehr, als die

Dekonditionierung durch den unzureichenden Eingliederungswillen des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.5.2.2 hinten) mitverursacht wurde und perpetuiert wird.

Insgesamt lassen die Feststellungen im Gutachten von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ somit nicht den Schluss auf eine besonders ausgeprägte und mit invalidenversicherungsrechtlich relevanten Faktoren begründbare Befundlage zu.

**4.5.2** In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist Folgendes festzuhalten:

**4.5.2.1** Nach der Rechtsprechung sagt die Therapierbarkeit eines Leidens für sich allein nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412). Gleichwohl gilt die Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit den Schweregrad der Störung (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 und E. 4.4 S. 414).

Zur Frage, ob die „bisherige Therapie lege artis“ sei, führte PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus, die Pharmakotherapie folge „durchaus den Leitlinien“, jedoch sei eine Reihe von Optionen im Verlauf noch nicht realisiert worden. Weiter erscheine eine Psychotherapie mit einer Wochenstunde und nach Angaben des Beschwerdeführers offenbar nicht kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, angesichts der initial schweren Ausprägung der Depression problematisch. Es lägen in der wissenschaftlichen Literatur gute Belege dafür vor, dass eine strikt durchgeführte, phasenweise auch höherfrequente kognitive Verhaltenstherapie antidepressiv wirksam sei (act. II 45.1 S. 50 Ziff. V 1). Daraus geht hervor, dass der Beschwerdeführer zwar eine Psychotherapie mit einstündiger Wochenfrequenz wahrnimmt, diese von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ jedoch als ungenügend erachtet wird. Soweit Dr. med. H.\_\_\_\_\_ kritisiert, der Gutachter rede „der kognitiven Verhaltenstherapie das Wort“ (act. II 58 S. 9), wobei jener die bisherige Behandlung implizit als angemessen beurteilt, braucht darauf nicht weiter eingegangen zu werden. Denn einerseits geht aus den Akten hervor, dass

der Beschwerdeführer bei der offenbar seit Jahren durchgeführten (wöchentlichen) Psychotherapie mangels anderslautender Angaben in den Akten und gestützt auf die entsprechenden Feststellungen im Gutachten von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sowie des behandelnden Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ kooperiert hat (vgl. act. II 45.1 S. 50 Ziff. V 2; act. II 1.3 S. 4). Dabei lässt der Umstand, dass die von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ empfohlene Therapieform allenfalls erfolgversprechender gewesen wäre, im Lichte der dargelegten Rechtsprechung nicht den Schluss auf eine fehlende Invalidität zu, zumal keine Hinweise dafür bestehen, dass dem Beschwerdeführer die vom Gutachter postulierte Behandlung je empfohlen worden wäre und jener eine solche abgelehnt hätte. Andererseits ist aber auch zu beachten, dass der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Expertise vom 19. Februar 2014 die Teilnahme an einem tagesklinischen Programm als indiziert und zumutbar erachtete. Dem stand der Beschwerdeführer indessen „ambivalent“ gegenüber (act. II 1.66 S. 27) und er nahm in der Folge diese therapeutische Option auch nicht wahr (vgl. auch act. II 1.3 S. 2 f.), obschon er seitens der SVA ... mit Schreiben vom 5. Februar 2015 (act. II 1.35) dazu aufgefordert worden war und sie die Überprüfung der Durchführung dieser Massnahme im Rahmen einer späteren amtlichen Revision in Aussicht gestellt hatte. Damit hat der Beschwerdeführer ausser der wöchentlichen Psychotherapie seit 2014 keine weiteren therapeutischen Optionen – soweit solche effektiv zur Diskussion standen – mehr in Anspruch genommen, was nicht auf einen allzu grossen Leidensdruck schliessen lässt.

**4.5.2.2** Sodann ergeben sich Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung auch aus der Eingliederung im Rechtssinne, hat sich die versicherte Person in beruflicher Hinsicht doch primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 19. Februar 2014 fest, wichtiger noch als eine Behandlung in einer Tagesklinik wäre eine leidensangepasste Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt im Sinne eines „Place and Train“, vorteilhaft mit Begleitung und Unterstützung durch einen Jobcoach. Von einer solchen Massnahme wäre mit „grosser Wahrscheinlichkeit“ eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und im Verlauf eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit zu erwarten (act. II 1.66 S. 24 f.). Indessen stehe der Beschwerdeführer einem direkten Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess respektive einer Stelle im ersten Arbeitsmarkt „skeptisch bis ablehnend“ gegenüber und es bestehe „eine gewisse Abwehr, wenn es um die Diskussion möglicher konkreter Schritte in den Arbeitsprozess“ gegangen sei (S. 24). Dennoch erörterte die SVA ... in der Folge mit dem Beschwerdeführer Unterstützungsmöglichkeiten durch die IV, verzichtete dann jedoch auf die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen, weil der Beschwerdeführer gemäss Angaben in den Akten sich weiter regenerieren und danach selber mit dem „Netzwerken anfangen“ wollte (act. II 1.55 S. 4). Soweit der Verzicht auf die Durchführung beruflicher Massnahmen mit der fragilen mentalen Befindlichkeit des Beschwerdeführers begründet wurde (vgl. act. II 1.53 S. 10), stand dies in offensichtlichem Widerspruch zu den vom Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ getroffenen Feststellungen. Sodann lehnte der Beschwerdeführer auch die von der Beschwerdegegnerin im Frühling 2017 eingeleiteten Eingliederungsmassnahmen ab und hielt fest, er wolle „im Prinzip“ schon versuchen, nach Erreichen einer psychischen Stabilität einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen, doch wahrscheinlich sei „ein Arbeitsversuch via Job Coaching [...] nicht das Richtige“ (act. II 24). Anderweitige Vorschläge für eine berufliche Eingliederung machte der Beschwerdeführer nicht. Die gleiche Haltung präsentierte der Beschwerdeführer auch gegenüber dem Gutachter PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_, stellte sich jener doch auf den Standpunkt, erst wieder arbeiten zu können, wenn er ganz gesund geworden sei und dass er sich vorher auch keine Teilarbeitsfähigkeit vorstellen könne (act. II 45.1 S. 51 Ziff. VI 2).

Auch wenn berücksichtigt wird, dass sich der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben bis ins Jahr 2014 (vergebens) auf diverse Stellen

beworben (vgl. act. II 1.55 S. 3) und 2014 ein Projekt in einer ... betreut habe (vgl. act. II 45.1 S. 21 f.), so fällt doch auf, dass er gegenüber einer durch die IV begleiteten, auch medizinisch gebotenen beruflichen Eingliederung in eine den Leiden angepasste Tätigkeit – zu deren Teilnahme der Beschwerdeführer grundsätzlich auch verpflichtet war (vgl. BGE 145 V 2) – nie offen war bzw. einer solchen ausdrücklich ablehnend gegenüber stand. Dies fällt umso erheblicher ins Gewicht, als er die Erfolgsaussichten, aus eigener Kraft möglichst rasch im angestammten Erwerbsbereich wieder Fuss fassen zu können, selber als bescheiden erachtete (vgl. act. II 1.55 S. 3 f.) und ein solches Vorhaben auch aus medizinischer Hinsicht nicht indiziert war. Eingliederungsanamnestisch liegt somit ein starkes Indiz gegen das Vorliegen einer invalidisierenden Störung vor.

**4.5.3** Sodann liegt weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine ressourcenraubende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) vor. PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stellte denn auch ausdrücklich keine „bedeutsame Komorbidität“ fest (act. II 45.1 S. 43). Eine solche kann – entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 10 Ziff. 8) – auch nicht in der von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Gutachten ebenfalls festgestellten, jedoch in der Folge nicht unter den Diagnosen aufgeführten Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. act. II 45.1 S. 42) erblickt werden (vgl. Entscheid des BGer vom 2. April 2019, 8C\_592/2018, E. 4.3). Diese ist im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu würdigen (vgl. E. 4.5.4 hiernach).

**4.5.4** In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) steht zunächst fest, dass die vorliegend involvierten Ärzte nie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bzw. eine solche ausdrücklich ausgeschlossen haben (vgl. act. II 1.66 S. 23; 16 S. 3 f.; 45.1 S. 42). Zum Persönlichkeitsbild hielt der Gutachter PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, zu beschreiben seien narzisstische und selbstunsichere, aber auch melancholische Persönlichkeitszüge. Der Beschwerdeführer habe Persönlichkeitszüge entwickelt, die ihn zu einem sehr hohen Anspruch an die eigene Leistungsfähigkeit geführt hätten, verbunden mit dem Risiko einer Überforderung (act. II 45.1 S. 48 Ziff. II 7). Auch wenn die Persönlichkeitsfaktoren nach Einschätzung des Gutachters eine Mitursache

bei der Auslösung der depressiven Störung dargestellt hätten (vgl. S. 49 Ziff. IV 3), so bestehen gleichzeitig keine Hinweise, wonach die festgestellte Persönlichkeitsakzentuierung wesentliche (negative) Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen zeitigt oder die Wiedereingliederung hindern würde. Wesentliche ressourcenhemmende Eigenheiten der Persönlichkeit sind damit nicht auszumachen. Umgekehrt ist – in Anbetracht des Bildungsweges sowie des beruflichen Werdegangs des Beschwerdeführers (vgl. act. II 1.148 S. 5; 45.1 S. 19 ff.) – von namhaften intellektuellen Ressourcen in Form eines guten Intelligenzniveaus auszugehen (vgl. auch act. II 1.94 S. 11).

**4.5.5** Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) lässt sich dem Gutachten von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einerseits entnehmen, dass Ressourcen in Form der familiären Situation mit Frau und Kindern gegeben sind (act. II 45.1 S. 49 Ziff. III 5). Die Situation zuhause sei für den Beschwerdeführer „unterstützend und haltgebend“ (S. 24), womit insoweit von erheblichen Kompensationspotentialen auszugehen ist. Andererseits gab der Beschwerdeführer an, „sich aus sozialen Kontakten weitgehend zurückgezogen“ zu haben und dass neue Kontakte zu knüpfen oder mit Menschen im sozialen Nahraum zurechtzukommen ihm eher schwerfalle (S. 26), was auf einen gewissen sozialen Rückzug hindeutet. Insoweit ist jedoch auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer mit dem Wegzug mit seiner Familie in eine Mietwohnung nach ... (vgl. act. II 1.66 S. 17) offensichtlich eine gewisse Anonymität suchte bzw. diese als „angenehm“ empfindet, da niemand wisse, was er mache, und niemand seine Lebenszusammenhänge kenne (act. II 45.1 S. 23). Unter diesen Umständen kommt dem sozialen Kontext insgesamt zumindest keine ressourcenhemmende Wirkung zu.

**4.5.6** Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer gab gegenüber dem Gutachter PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zum „typischen Tagesablauf“ an, es gebe Tage, an denen er morgens nicht aufstehen könne. Er schlafe separat von der Familie in ei-

nem Mansardenzimmer, ein Stockwerk darunter bemühe sich seine Frau um die Kinder, die dann zur Schule gingen. Manchmal stehe er erst am Vormittag auf. Er versuche, sich sehr um seine drei Kinder zu kümmern, die ihm einerseits Kraft geben würden und andererseits auch für ihn Lebensinhalt seien. Seine Frau kümmere sich ansonsten um die Familie. Er gehe oft ..., sitze auch oft in der .. und ... manchmal. Dort in der ... könne er sich etwas entspannen und ohne Zeitdruck die Gedanken kreisen lassen. Manchmal beschäftige er sich zuhause .... Zuhause versuche er, sich zu erholen zum Beispiel auf der Couch oder auch durch kurze Schlafphasen wie zum Beispiel mit einem Mittagsschlaf. Manchmal lenke er sich ab mit .... Hobby habe er keines (act. II 45.1 S. 23 f.). Diesen Angaben folgend, ist der Alltag des Beschwerdeführers mehr durch Passivität denn durch aktives Tun geprägt. Indessen lässt sich zur Frage des ausserberuflichen Aktivitätenniveaus vor Eintritt der Invalidität weder der Expertise von PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ noch den übrigen Akten Wesentliches entnehmen. Auch fällt auf, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der anamnestischen Erhebungen bei PD Dr. med. G. \_\_\_\_\_ keine Angaben zu allfälligen (früheren und inzwischen aufgegebenen) Freizeitaktivitäten oder Hobbies machte, was jedoch zu erwarten wäre, wenn es sich bei deren Aufgabe um einen als solchen empfundenen Verlust an Lebensqualität handelte. Zwar macht er nunmehr beschwerdeweise und gestützt auf die Angaben seiner Ehefrau geltend, vor Eintritt der Invalidität „auch sozial sehr aktiv“ gewesen zu sein, wobei er diverse Aktivitäten konkret benennt (Beschwerde, S. 9). Allerdings folgt aus den Akten, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt der Invalidität im Arbeitsleben unter massivem Stress gelitten habe, ständig im In- und Ausland unterwegs und nur an den Wochenenden zu Hause gewesen sei, dann aber auch dort immer noch habe arbeiten müssen bzw. chronisch überlastet gewesen sei (act. II 45.1 S. 20 f.). Unter diesen Umständen ist fraglich, ob der Beschwerdeführer die erstmals beschwerdeweise geltend gemachten Aktivitäten vor Eintritt der psychischen Erkrankung tatsächlich und regelmässig pflegte, zumal er gegenüber Dr. med. E. \_\_\_\_\_ angegeben hatte, für Familie und Hobbies sei kaum mehr Zeit geblieben (act. II 1.66 S. 16). Auch wenn – wie dargelegt – das Aktivitätenniveau nach Eintritt der Invalidität gering war bzw. ist, so ist gleichzeitig nicht ausgewiesen, dass dies vor Eintritt der Invalidität ausserhalb des ausgeprägten beruflichen Engagements

wesentlich anders war. Damit ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem aktuell tiefen Aktivitätenniveau und der geltend gemachten Invalidität nicht erstellt, womit unter diesem Indikator weder zu Gunsten noch zu Ungunsten des Beschwerdeführers etwas gewonnen werden kann.

Hingegen bestehen erhebliche Zweifel am behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), nahm der Beschwerdeführer nach dem Dargelegten doch nicht sämtliche ihm empfohlenen Therapieoptionen wahr (vgl. 4.5.2.1 vorne). Insbesondere aber zeigte er wenig Motivation zur Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. 4.5.2.2 vorne).

**4.6** Zusammenfassend ist – im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 respektive einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 2.1.2 vorne) – die im Gutachten von PD Dr. med. G.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität beweismässig nicht hinreichend erstellt, womit die gutachterlich attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bzw. die 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit rechtlich nicht mehr ausgewiesen und folglich nicht zu übernehmen ist.

**4.7** Die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2019 ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen.

Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. April 2019, IV/19/144, Seite 30

Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110)  
geführt werden.