

200 19 219 IV
SCJ/BRM/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. August 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Februar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene ... Staatsangehörige und am 30. Mai 2008 in die Schweiz eingereiste A._____ meldete sich am 31. Januar 2018 unter Hinweis auf ein psychisches Leiden und Rückenbeschwerden für berufliche Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB holte erwerbliche (act. II 10, 11, 12.1-12.4) und medizinische (act. II 17, 20, 22, 24) Unterlagen ein und führte am 20. Februar 2018 ein Erstgespräch mit dem Versicherten (act. II 14). Aufgrund der medizinischen Unterlagen erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seinem Bericht vom 28. Juni 2018 eine psychiatrische Begutachtung für erforderlich (act. II 28 S. 4), was die RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, gleichentags bestätigte (act. II 30); der damit in der Folge beauftragte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie FMH (act. II 37), erstattete sein Gutachten am 16. November 2018 (act. II 42.1).

Bereits am 3. Juli 2018 hatte die IVB dem Versicherten mitgeteilt, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine Rente geprüft werde (act. II 32). Mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2018 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (act. II 43). Zu den hiergegen von Seiten des Versicherten erhobenen Einwänden (act. II 48) liess die IVB den RAD Stellung nehmen (act. II 52) und verfügte am 18. Februar 2019 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 56).

B.

Mit an die IVB adressierter und von dieser dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern weitergeleiteter Eingabe vom 12. März 2019 beschwerte sich A._____ gegen diese Verfügung und stellte eine fachlich-therapeutische Begründung in Aussicht. Innert der instruktionsrichterlich ange-

setzten Nachfrist (vgl. prozessleitende Verfügung vom 19. März 2019) reichte der Versicherte zwei Arztberichte ein (Beschwerdebeilage [act. I] 2, 3), wonach heute nicht mehr die Alkoholabhängigkeit, sondern die depressive Symptomatik und die Angstproblematik für die Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund stehe. Der Patient strebe eine berufliche Wiedereingliederung in seinen angestammten oder – mit entsprechender Umschulung – in einen verwandten Bereich an, wofür er indessen die Unterstützung der IV benötige.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 18. Februar 2019 (act. II 56). Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Invalidenversicherung, wobei sich aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Bericht von med. pract. E. _____ vom 2. April 2019 (act. II 3) ergibt, dass es in erster Linie um die Gewährung von beruflichen Massnahmen und nicht um eine Invalidenrente geht.

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).

2.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG). Das Gesetz will die Eingliederung lediglich so

weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 142 V 523 E. 6.3 S. 535).

Anders als im Rentenrecht (Art. 28 Abs. 1 IVG) nennt das Gesetz keinen Mindestgrad der Invalidität, damit Eingliederungsmassnahmen gewährt werden können (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81). Eingliederungsmassnahmen unterliegen jedoch den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Eine Eingliederungsmassnahme hat somit neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen.

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch 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).

Nach bisheriger Rechtsprechung begründeten Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wurde eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist,

oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1). Mit Urteil vom 11. Juli 2019, 9C_724/2018, hat das Bundesgericht erkannt, dass – nachvollziehbar diagnostizierte – Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen. Dabei sind die Auswirkungen des bestehenden Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit im Einzelfall für die Rechtsanwendenden ärztlich festzustellen und es ist – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann.

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

2.5 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).

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).

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.

3.1 Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 13. Februar 2018 zuhause der IVB, dass sich der bereits seit Jahren bestehende schädliche Alkohol- und Medikamentenkonsum des Versicherten nach dem Verlust seiner Arbeit im ... in ... gesteigert habe und er wegen Suizidalität im Sinne einer fürsorglichen Unterbringung vom 10. Oktober bis 10. Dezember 2015 in der Klinik G. _____ hospitalisiert gewesen sei. Nach erneutem starkem Alkoholkonsum mit körperlichen Folgeschäden sei er vom 21. September bis 9. November 2017 in der gleichen Klinik wiederum stationär behandelt worden. Seither sei der Patient abstinent und versuche eine Tagesstruktur auf-

zubauen, habe aber immer noch Mühe morgens aufzustehen und die nötigsten Haushaltsarbeiten vorzunehmen. Somatisch gehe es ihm deutlich besser, er sei wieder leistungsfähig und die Laborwerte hätten sich normalisiert. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (gestellt von der Klinik G._____) nannte Dr. med. F._____ ein Abhängigkeitsyndrom (ICD-10: F10.2), soziale Phobien (ICD-10: 40.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0). In den nächsten Monaten werde der Patient noch nicht arbeitsfähig sein, mit viel Unterstützung könnte sich dies im Verlauf des Jahres 2018 ändern. Derzeit werde eine Tagesstruktur aufgebaut, was den Versicherten bereits stark fordere; über allfällige Ressourcen habe der Hausarzt keine Kenntnisse (act. II 17 S. 9-11).

3.1.2 Die Psychiatrischen Dienste H._____, gaben im Bericht vom 20. Februar 2018 an, dass seit dem 13. November 2017 mit dem Patienten alle drei Wochen ambulante, psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche stattfänden und daneben der interne Sozialdienst involviert sei. Der Patient sei für jede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeitsunfähig. Die Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (bei Eintritt abstinent), rezidivierende depressive Störung, ggf. und unter Medikation leichte Episode, soziale Phobien und damit verbunden soziale Isolation (ICD-10: F10.2, F33.0, F40.1, X78, Z56.0, Z60.2) wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aufgrund der psychiatrischen Erkrankung bestünden eine klar verminderte Arbeitsfähigkeit sowie eine deutlich herabgesetzte Fähigkeit, sich verbindlich auf Vereinbarungen einlassen zu können. Es sei von einer schlechten Prognose auszugehen. Erschwerende Faktoren seien die substanzbezogenen Verhaltensänderungen, die soziale Ängstlichkeit bzw. das vermeidende Verhalten und die nun recht lang anhaltende Isolation, wie auch die ausgeprägten Insuffizienzgefühle und die erhöhte Kränkbarkeit, wobei diese Schwächen öfters hinter der Kritik Anderer versteckt werde. Neue Aufgaben und Herausforderungen führten zu Stress, was das Risiko für einen Alkoholorückfall erhöhe (act. II 20).

3.1.3 Im Austrittsbericht vom 20. November 2017 (stationäre Behandlung vom 21. September bis zum 24. November 2017) hielt die Klinik

G._____ als Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), soziale Phobien (ICD-10: 40.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), fest. Anamnestisch wurde von einer depressiven Episode mit 20 Jahren, von fünf Suizidversuchen aus Liebeskummer mit Pulsaderschnitt im Jahre 1984, von einem Suizidversuch 1990 mit Medikamenteneinnahme und Alkohol (mit anschliessendem 1-monatigem Koma und kurzzeitiger dialysepflichtiger Niereninsuffizienz) berichtet; nach einer erste Alkoholentzugsbehandlung im Jahre 1993 sei er acht Jahre abstinent gewesen. In den Jahren 2009 und 2015 habe er Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen gemacht. Für die Zeit des Klinikaufenthaltes wurde vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. II 24 S. 2-9).

3.1.4 Infolge einer akuten Intoxikation (akuter Rausch) hat der Versicherte vom 22. Juni bis zum 8. August 2018 erneut in der Klinik G._____ eine stationäre Alkoholentzugs- und Entwöhnungsbehandlung absolviert. Die im vorangegangenen Bericht (vgl. E. 3.1.3 hiervor) gestellten Diagnosen wurden bestätigt. Nach dem letzten stationären Aufenthalt und anschliessendem mehrwöchigem Besuch ... in ..., sei es dem Patienten aufgrund seiner sozialen Isolierung, ca. 100 erfolglosen Stellenbewerbungen sowie dem erneuten Alkoholkonsum zunehmend schlechter gegangen. Der medikamentengestützte Substanzentzug sei komplikationslos verlaufen, die anhaltende depressive Symptomatik (insbesondere die Antriebslosigkeit) habe sich nach geänderter Medikation verbessert, jedoch ohne vollständige Remission. Zudem habe der Patient ein individuell angepasstes, psychiatrisch-psychotherapeutisches Therapieprogramm erhalten. Am 8. August 2018 sei er in psychisch und physisch stabilem Zustand, frei von Selbst- oder Fremdgefährdung ins häusliche Umfeld ausgetreten, mit anschliessender ambulanter Betreuung (act. II 42.2).

3.1.5 In seinem Gutachten vom 16. November 2018 hielt Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, in Behandlung mit aversiven Medikamenten (ICD-10:

F10.23), eine Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F13.20), ein Status nach Cannabisabhängigkeit und Abhängigkeit von anderen Stimulantien (ICD-10: F12.20, F152), soziale Phobien (ICD-10: F40.1) sowie selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Der Patient habe bedrückt, leichtgradig depressiv gewirkt und von Antriebslosigkeit sowie fehlender Energie, von innerer Unsicherheit und von teilweisen Ängsten vor sozialen Kontakten berichtet. Der Explorand sei wach, bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ sowie zur eigenen Person orientiert gewesen und habe sich differenziert ausgedrückt. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung seien vorhanden gewesen, wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht festgestellt worden. Der Explorand schildere seine Funktionseinbussen konsistent, diese seien auch mit den Untersuchungsergebnissen nachvollziehbar. Er sei verunsichert und vermehrt mit seiner inneren Unsicherheit konfrontiert, seit er keinen Alkohol mehr konsumiere, sei durch die schwierige berufliche Situation sowie finanziell belastet, aber kooperativ und motiviert, auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen zu verzichten und sich beruflich wieder zu integrieren. Seine letzte Tätigkeit als ... in einem ... könne er zur Zeit während 6-8 Stunden ausüben, wobei die Leistungsfähigkeit aufgrund der inneren Unsicherheit sowie den Ängsten vor sozialen Kontakten eingeschränkt sei, d.h. in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Oktober 2015 wegen der depressiven Störung eine Arbeitsfähigkeit von 80%. In einer angepassten Tätigkeit (ohne Leitungsfunktion) könne der Versicherte auf dem freien Arbeitsmarkt 100% arbeiten. Die psychotherapeutische und die antidepressive Therapie sei weiterhin notwendig und die Abstinenz dringend zu fordern. Bei fortgesetzter Abstinenz sei zu erwarten, dass sich der psychische Gesundheitszustand innerhalb von 4-6 Monaten soweit stabilisiere, dass in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorläge (act. II 42.1).

3.1.6 Am 4. April 2019 führte Dr. med. F. _____ aus, dass seit der Alkoholabstinenz nach der letzten stationären Behandlung in der Klinik G. _____ die übrigen psychiatrischen Diagnosen deutlich mehr in den Vordergrund treten würden, insbesondere das depressive Syndrom und die Angstproblematik. Aus hausärztlicher Sicht sei die derzeitige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr auf die Suchtproblematik, sondern auf die – anamnes-

tisch seit der Jugend und bereits vor der Alkoholerkrankung bestehende – psychiatrische Problematik zurückzuführen. Es schein daher eher wahrscheinlich, dass die Alkoholerkrankung durch die psychiatrische Erkrankung ausgelöst worden sei (act. I 2).

3.1.7 Med. pract. E. _____ geht in seinem Bericht vom 2. April 2019 von einer gegenwärtig mindestens mittelschweren rezidivierenden depressiven Episode mit somatischem Syndrom aus und weist auf die familiäre Vorbelastung mütterlicher- und väterlicherseits hin. Die depressiven Symptome habe der Patient – wie dies häufig und typisch bei unbehandelten Depressionen zu beobachten sei – mit diversen Suchtmitteln zu „behandeln“ versucht. Gegenwärtig stehe die Behandlung der depressiven Erkrankung im Zentrum der Konsultationen; den Suchtmittelkonsum habe der Patient seit einem dreiviertel Jahr erfolgreich sistiert und er sei konsequent abstinent. Bei weiterhin regelmässiger Behandlung – der Patient arbeite dabei gut mit und sei motiviert – bestehe grundsätzlich eine gute Prognose. Das Ziel des Patienten sei eine berufliche Wiedereingliederung im angestammten Beruf oder allenfalls – mittels Umschulung – in einen verwandten Bereich (act. I 3).

3.2 Das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 16. November 2018 erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb darauf abzustellen ist. Der Gutachter hielt als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), fest. Dagegen hat die Alkoholabhängigkeit nach gutachterlicher Einschätzung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr, da der Beschwerdeführer seit dem letzten stationären Aufenthalt in der Klinik G. _____ vom 22. Juni bis 8. August 2018 abstinent ist und mit aversiven Medikamenten behandelt wird. Die Diagnosen wurden vom Experten nachvollziehbar anhand der klassifikatorischen Vorgaben begründet und stehen überdies weitgehend im Einklang mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte (vgl. z.B. act. I 2 und 3). Hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich diesbezüglich seither eine Änderung ergeben hätte, bestätigen doch sowohl der behandelnde Psychiater med. pract. E. _____ als auch der Hausarzt Dr.

med. F. _____ noch im April 2019, dass der Patient weiterhin abstinent ist. Unter diesen Umständen ist im Lichte der neuesten, mit Urteil vom 11. Juli 2019, 9C_724/2018, geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGer) zu den Suchterkrankungen im vorliegenden Fall die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens entbehrlich (BGer 9C_724/2018, E. 7; vgl. E. 2.3 letzter Absatz hiavor).

Die vom Gutachter als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellte rezidivierende depressive Störung steht derzeit – auch nach Auffassung der behandelnden Ärzte – nebst der Angstproblematik im Vordergrund. Gestützt auf seine Untersuchung vom 2. November 2018 ging der Gutachter lediglich von einer leichten Episode aus (act. II 42.1 S. 21), während der behandelnde Psychiater (act. I 3) – wie auch noch die Klinik G. _____ im Austrittsbericht vom 22. August 2018 (act. II 42.2) – eine mittelgradige Episode beschrieben haben. In diesem Zusammenhang ist immerhin festzuhalten, dass die unterschiedliche Würdigung des Schweregrades einer depressiven Störung durch behandelnde Fachärzte nicht bereits dazu führt, dass auf die gutachterliche Beurteilung nicht mehr abgestellt werden könnte, zumal die Zuordnung des Grades einer depressiven Störung stets Ermessenszüge in sich trägt. Zu beachten ist zudem, dass bei den meisten Erkrankungen kein direkter Zusammenhang besteht zwischen Diagnose und Arbeits(un)fähigkeit bzw. Invalidität; vielmehr sind die Auswirkungen des bestehenden Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit im Einzelfall für die Rechtsanwendenden nachvollziehbar ärztlich festzustellen (BGer 9C_724/2018 E. 6.1 mit Hinweisen). Soweit die behandelnden Ärzte darauf hinweisen, nach der Sistierung des Suchtmittelabusus stehe nun die depressive Erkrankung im Vordergrund, ist dies keine neue Erkenntnis, sondern entspricht der Situation, wie sie vom Gutachter nach dem erfolgreichen Entzug in der Klinik G. _____ vom 22. Juni bis zum 8. August 2018 (act. II 42.2) beurteilt worden ist.

Hinzu kommt, dass die behandelnden Ärzte die Arbeits(un)fähigkeit in ihren Berichten nicht näher beziffern. Demgegenüber führt Dr. med. D. _____ in seinem Gutachten mit nachvollziehbarer Begründung aus, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ... in einem ... aufgrund der depressiven Störung zu 80% und in einer angepassten Tätigkeit bereits ab

dem Zeitpunkt des Gutachtens voll arbeitsfähig sei. Bei weitergeführter psychotherapeutischer Behandlung sowie fortgesetzter Abstinenz sei zu erwarten, dass sich der psychische Gesundheitszustand innerhalb von vier bis sechs Monaten soweit stabilisieren werde, dass auch in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege.

Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte geben nach dem Gesagten keinen Anlass, bis zum für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt (Verhältnisse bei Erlass der angefochtenen Verfügung am 18. Februar 2019; vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) an der vorgenannten Beurteilung und Prognose des psychiatrischen Gutachters zu zweifeln. Dies umso weniger, als der Beschwerdeführer die Behandlung bei med. pract. E. _____ erst am 22. Januar 2019 aufgenommen hat und der Hausarzt Dr. med. F. _____ nicht über die fachärztliche Qualifikation verfügt, eine psychiatrische Prognose schlüssig zu beurteilen.

Was die im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug angegebenen Rückenschmerzen (act. II 1 S. 6 Ziff. 6.1) anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass diese bereits lange vor der Anmeldung mit gutem Erfolg behandelt worden sind (vgl. dazu act. II 17 S. 50); vom behandelnden Arzt werden sie denn auch unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 17 S. 10 Ziff. 2.6). Unter diesen Umständen dürfte die Beschwerdegegnerin mit Fug davon ausgehen, dass einzig die Auswirkungen des psychischen Leidens abzuklären sind.

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, wenn die IVB einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint hat. Die gegen die entsprechende Verfügung vom 18. Februar 2019 erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein 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):
 - A. _____
 - 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 Bun-

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