

200 19 515 IV  
SCI/SCC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Oktober 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 3. Juni 2019



## Sachverhalt:

### A.

Der 1973 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ausgebildeter ..., war zuletzt vom November 2010 bis Ende März 2017 als ... für die B.\_\_\_\_\_, tätig (Akten der Invalidenversicherung, [act. II] 2, 15, 18, 90 S. 4). Er meldete sich am 27. September 2016 (Eingangsstempel: 6. Oktober 2016; Poststempel: unleserlich [act. II 1]) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter Verweis auf eine Depression zum Bezug von Leistungen an (act. II 1 S. 5 Ziff. 6.2, 6.3). Die IVB nahm medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor. Gegen den Vorbescheid vom 31. Januar 2017, worin die IVB die Ablehnung von Leistungen in Aussicht gestellt hatte (act. II 34), erhob der Versicherte Einwände (act. II 36).

Nachdem der Versicherte bei der C.\_\_\_\_\_ AG eine Arbeitsstelle gefunden hatte (vgl. act. II 43), annullierte die IVB den Vorbescheid (act. II 44) und unterstützte die Tätigkeit des Versicherten bei der C.\_\_\_\_\_ AG als Arbeitsversuch mit Job-Coaching vom 13. März bis 10. September 2017 (act. II 46 f., 49, 58, 88]). Mit Verfügung vom 6. November 2017 – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 80, 83) – brach die IVB die beruflichen Massnahmen per 14. September 2017 ab (act. II 89). Am 19. Juli 2017 stellte der Versicherte, zusammen mit seinem behandelnden Psychiater, ein Gesuch um Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen (act. II 108). Mit Verfügung vom 25. September 2018 schloss die IVB – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 116) – die Arbeitsvermittlung (act. II 125).

Weiter veranlasste die IVB eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, praktischer Arzt (psychiatrisches Gutachten vom 7. Dezember 2018 [act. II 127.1]). Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2019 stellte die IVB die Ablehnung von Leistungen in Aussicht (act. II 128). Hiergegen erhob der Versicherte Einwand und reichte einen Bericht des behandelnden Psychiaters vom 21. März 2019 ein (act. II 133). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 29. April 2019 (act. II 136

S. 2 ff.) und einer ergänzenden Stellungnahme des Gutachters vom 2. Mai 2019 (act. II 138) lehnte die IVB mit Verfügung vom 3. Juni 2019 die Zusprechung von Leistungen ab (act. II 139).

## **B.**

Am 24. Juni 2019 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung von Leistungen.

Am 4. Juli 2019 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, welches er – nach Aufforderung mit prozessleitender Verfügung vom 5. Juli 2019 – am 8. Juli 2019 verbesserte.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. August 2019 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. September 2019 gewährte der Instruktionsrichter die unentgeltliche Rechtspflege, beschränkt auf die Verfahrenskosten.

Mit unaufgefordert eingereicherter Eingabe vom 30. September 2019 bestätigte der Beschwerdeführer seine Anträge.

## **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 3. Juni 2019 (act. II 139). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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). 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).

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). 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).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 7. Juni 2016 diagnostizierten Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, sowie med. pract. F. \_\_\_\_\_, Spital G. \_\_\_\_\_, eine mittelgradige depressive Episode bei Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz (ICD-10 F32.1, Z56). In der Anamnese führten sie aus, die Scheidung im Jahr 2013 sei ein konfliktreicher Vorgang gewesen; seither sei es immer schlechter gegangen und der Patient habe Schlafprobleme entwickelt. Das Arbeitsverhältnis sei ebenfalls problematisch geworden und es habe konfliktreiche Auseinandersetzungen

gegeben. Seit zwei Jahren leide der Patient an vermehrten Schlafstörungen, wobei er nachts immer aufgewacht sei und nicht habe weiter durchschlafen können. Er habe begonnen, nachts zu joggen. Innert kurzer Zeit habe er ca. 10 kg abgenommen. In den klinischen Befunden beschrieben die Ärzte u.a. es werde keine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung bemerkt, es würden subjektive Konzentrationschwierigkeiten angegeben; das Denken sei teilweise nachts grübelnd und die affektive Grundstimmung sei niedergeschlagen; es bestehe das Gefühl immer unter Druck zu stehen, es lägen Durchschlafstörungen vor und der Antrieb sei gefühlsmässig vermindert. Es sei eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unter Escitalopram begonnen worden (act. II 14 S. 8 f.; vgl. auch act. II 8.2 S. 1 f.).

**3.1.2** Im Arzzeugnis vom 6. Juli 2016 zuhanden der Krankentaggeldversicherung diagnostizierte die Hausärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) Sie hielt fest, es habe eine langsame psychische Verschlechterung, wahrscheinlich seit Jahren, stattgefunden. Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 23. Mai 2016 (act. II 8.2 S. 3).

**3.1.3** Im Bericht vom 10. Oktober 2016 führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Krankentaggeldversicherung aus, der Patient habe kongruente und glaubhafte Angaben betreffend die Krankheitsentwicklung im Sinne eines richtungsweisend reaktiv-berufsbezogenen Geschehens mit kumulativem Summationseffekt gemacht. Eine Rückkehr an die alte Stelle sei dem Patienten aus therapeutisch rehabilitativen Gründen nicht mehr zumutbar. Ab dem 1. Januar 2017 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (act. II 26.2).

**3.1.4** Zuhanden der IVB diagnostizierte die Hausärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. Oktober 2016 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Aktuell bestehe eine verminderte Belastbarkeit, Konzentration- und Stresstoleranz. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit vor; der Patient könne an den bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr zurückkehren; eine Tätigkeit andernorts sei mit steigerbarem Pensum – wahrscheinlich auch wieder bis zur vollen Leistungsfähigkeit – möglich (act. II 14 S. 2 ff.).

**3.1.5** Im Bericht vom 28. Oktober 2016 zuhanden der IVB hielten Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowie med. pract. F. \_\_\_\_\_, Spital G. \_\_\_\_\_, unter Bestätigung der bisherigen Diagnosen fest, die Prognose sei gut, da die Depression vor allem aufgrund der Arbeitssituation erfolgt sei. Der Patient werde mit Escitalopram behandelt. Mittlerweile habe der Patient die Arbeit gekündigt. Die Leistungsfähigkeit sei noch leicht vermindert. Ab Januar 2017 könne mit einer Arbeitswiederaufnahme mit einem Pensum von 30 % bis 50 % gerechnet werden (act. II 20 S. 3 ff.).

**3.1.6** Der behandelnde Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 5. Januar 2017 zuhanden der IVB eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1, Z56 [Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben], Z60.8 [Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung]) und selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 F60.6). Es sei am aktuellen Arbeitsplatz eine Weiterarbeit aus medizinischen Gründen unzumutbar; an einem anderen Arbeitsplatz sei eine ähnliche Arbeit möglich. Eine Steigerung des Arbeitspensums von 10 % pro Monat sei sinnvoll, d.h. der Patient sei ab Februar 2017 zu 70 % und ab März 2017 zu 60 % arbeitsunfähig usw. (act. II 27 S. 2 ff.; vgl. auch act. II 36 S. 3).

Im Verlaufsbericht vom 10. Juli 2017 ging Dr. med. J. \_\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand aus. Aktuell bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Damit die Prognose mittelfristig gut bleibe, sei darauf zu achten, dass die Steigerung des Pensums am Arbeitsplatz nur langsam von statten gehe. Er empfehle in den nächsten drei Monaten ein Pensum von 50 % und danach eine Steigerung von 10 % pro Monat bis auf ein Pensum von 80 % (act. II 60 S. 2 f.).

Im Bericht vom 19. Juli 2018 diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode, recediert (ICD-10 F32.1, Z56, Z60.8), selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 F60.6) sowie Schlafstörungen. Es sei am 13. September 2017 zum Abbruch der beruflichen Massnahmen gekommen. Vom 15. November bis 29. Dezember 2017 sei eine Hospitalisation notwendig gewesen (act. II 108 S. 1). Eine Rückkehr in die angestammten Berufsfelder würde zu einer Verschlimmerung der depressiven Symptome führen. Bei sehr guten handwerklichen Fähigkeiten und hohen sozialen Kompetenzen sei eine Arbeit im agogischen Bereich geeig-

net. Der Patient sei vom 14. September bis 15. November 2017 zu 50 % arbeitsfähig gewesen, danach habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und seit September 2018 sei in einer beruflichen Massnahme ein Pensum von 50 % möglich (act. II 108 S. 2).

**3.1.7** Im psychiatrischen Gutachten vom 7. Dezember 2018 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ einen Status nach anamnestisch depressiver Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) aufgrund psychosozialer Belastungssituationen im Jahr 2016, aktuell klinisch nicht mehr objektivierbar (act. II 127.1 S. 30). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne er nicht bestätigen, dagegen sprächen die Angaben des Exploranden in der Biographie, die ohne Schwierigkeiten absolvierte Schul- und Lehrzeit, der unauffällige Militärdienst und die Beurteilungen in den Arbeitszeugnissen sowie die mehrjährigen Beschäftigungsverhältnisse in den verschiedenen Berufszweigen (act. II 127.1 S. 31). Überdies pflege der Explorand unauffällige Beziehungen zu den Kindern und den Eltern. Die Eingangskriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 seien somit nicht erfüllt. Selbstunsichere Persönlichkeitszüge seien überdies nicht festzustellen. Betrachte man die Angaben zum Stimmungsbild des Exploranden während der aktuellen Begutachtung systematisch, habe er neben fehlenden formalen Denkstörungen und fehlender Agitiertheit, keine psychomotorische Unruhe präsentiert. Ferner sei weder ein depressiver Affekt festzustellen gewesen, noch seien in höherem Ausmass Versagensgefühle, Freudverlust, Schuld-, Bestrafungsgefühle, Selbstmordgedanken, Affektlabilität und Reizbarkeit deutlich geworden. Zur Einordnung der depressiven Erkrankung seien bereits die Kombination von mindestens zwei ICD-10-Hauptsymptom-Clustern (depressive Stimmung, Freud-, Interessenlosigkeit) nicht festzustellen. In Verbindung mit unauffälliger emotionaler Reagibilität und fehlendem Vigilanzverlust während der Untersuchung könne damit keine depressive Störung gemäss der ICD-10 Klassifikation (Kapitel F3) belegt werden. Das klinische Bild und der Beschwerdevortrag sowie die attestierte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit des Exploranden könnten nicht mehr durch eine Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet erklärt werden. Ein ausgeprägter krankheitsbedingter sozialer Rückzug habe nicht bestätigt werden können (act. II 127.1 S. 32). Die subjektiv geäusserten Beschwerden des Exploranden korrelierten nicht durchgängig mit dessen Verhalten

und den Schilderungen. Der Explorand nehme überdies derzeit keine spezifische antidepressive Psychopharmakotherapie ein, was gegen einen ausgeprägten Leidensdruck spreche (act. II 127.1 S. 33). Es müsse festgestellt werden, dass der Explorand an keiner klinisch relevanten psychiatrischen Gesundheitsstörung mehr leide, die die berufliche Leistungsfähigkeit derzeit höhergradig einschränke. Die attestierten (Teil-)Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht mit einer Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet erklärt werden. Der Explorand sei vollschichtig arbeitsfähig in den bisherigen Tätigkeitsprofilen (Sachbearbeiter ..., ..., ..., ...) als auch in jedweder Verweistätigkeit. Die in der Krankengeschichte berichteten Krankheitsepisoden und die dokumentierte Psychopathologie könnten als Symptome einer passageren depressiven Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) nachvollzogen werden, die sich ausgehend von psychosozialen Belastungssituationen (Trennung und Scheidung von der Ehefrau als auch Arbeitsplatzkonflikte) entwickelt habe und nicht mehr vorliege (act. II 127.1 S. 34).

**3.1.8** In der Stellungnahme zum Gutachten vom 21. März 2019 beanstandete der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_\_, das psychiatrische Gutachten sei lückenhaft und gehe auf die wesentlichen psychopathogenen Faktoren, die zu einer schweren psychischen Beeinträchtigung geführt hätten, nicht ein. Der Patient habe elf Jahre in einer Partnerschaft mit einer narzisstischen Partnerin gelebt. Er habe in dieser Zeit und auch danach ständig psychische Gewalt durch seine Ex-Frau erlebt. Diese Umstände hätten zu einer Schädigung seiner psychischen Gesundheit geführt (act. II 133 S. 2). Es bestehe beim Patienten eine regrediente depressive Episode auf dem Boden einer erworbenen ängstlichen Persönlichkeitsstörung; er sei ein klassischer Fall des „narcistic victim syndrom“ (act. II 133 S. 7)

**3.1.9** In der Stellungnahme vom 29. April 2019 hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, fest, die Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vermöge das psychiatrische Gutachten nicht zu entkräften. Das von ihm geschilderte „narcistic victim syndrome“ umgreife kein klar definiertes psychiatrisches Störungsbild und basiere auf nicht belegten Hypothesen. Unklar sei dabei auch, wie der behandelnde Psychiater davon sprechen könne, dass die frühere Ehefrau des

Patienten an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leide (act. II 136 S. 3 f.).

**3.1.10** In der ergänzenden Stellungnahme vom 2. Mai 2019 führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, die objektiven Befunde anlässlich der Untersuchung vom 28. November 2018 erhellten, dass keine psychopathologischen Befunde festzustellen gewesen seien, die beim Exploranden eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit begründet hätten. Es lägen keine eigenen klinischen Untersuchungsergebnisse vor, welche die Urteilsbildung des behandelnden Psychiaters zur behaupteten Psychopathologie der Ex-Frau des Exploranden untermauerten. Trotz dieser von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ postulierten narzisstischen Viktimisierung sei es dem Exploranden möglich gewesen, langjährig erfolgreich beruflich tätig zu sein (act. II 138 S. 5). Eine Persönlichkeitsstörung müsse sich in zahlreichen Lebensbereichen seit der Jugend und Adoleszenz wie ein „roter Faden“ durch die Biographie ziehen. Dies sei beim Exploranden nicht überwiegend wahrscheinlich gewesen. Überdies würde eine solche praktisch nie eine Arbeitsunfähigkeit begründen (act. II 138 S. 6). Die Arbeitszeugnisse sagten zwar nichts über den aktuellen Gesundheitszustand aus, sie machten es hingegen sehr unwahrscheinlich, dass eine leistungseinschränkende Persönlichkeitsstörung vorliege (act. II 138 S. 7).

## **3.2**

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2).

**3.2.3** 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** Die Beschwerdegegnerin stellt betreffend die medizinische Einschätzung, insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten und einer angepassten Arbeit, auf das psychiatrische Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2018 (act. II 127.1)

und die ergänzende Stellungnahme vom 2. Mai 2019 (act. II 138 S. 1-8) ab. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2.1 hiervor); sie sind umfassend und sorgfältig erstellt. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hatte Kenntnis der Akten (act. II 127.1 S. 3 ff.) und berücksichtigte die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, u.a. auch zum Tagesablauf (act. II 127.1 S. 22 f.). Dabei setzte er sich einlässlich mit den Angaben des Beschwerdeführers auseinander, insbesondere erhob er auch die persönliche Situation, so führte er schliesslich an, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass in der Therapie bei Dr. med. J. \_\_\_\_\_ seine Vergangenheit aufgearbeitet werde. Dabei habe der behandelnde Psychiater ihm klar gemacht, dass seine Ehefrau narzisstisch gewesen sei. Sie habe ihn unter Druck gesetzt, den für ihn ungeliebten ...Job bei der L. \_\_\_\_\_ (ab Geburt des ersten Kindes im Jahr 2002) während mehreren Jahren auszuführen, um Geld zu verdienen. Er habe diese Tätigkeit aufgegeben (im Jahr 2010), um sich als .... zu verwirklichen. Diese Arbeit habe ihm immer Spass gemacht. Einzig narzisstische Motive der Arbeitgeber, die ihn ausgenutzt hätten, seien für ihn schwierig aushaltbar gewesen. Deshalb sei die letzte Anstellung wie auch der Arbeitsversuch gescheitert. Die abgeschiedene Ehefrau versuche die Kinder gegen ihn zu instrumentalisieren. Er habe schon immer die Vater- und Mutterrolle inne gehabt. Medikamente nehme er heute keine mehr. In den Wintermonaten ... er ... und .... Das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln wie auch die Körper- und Wohnungspflege stellten keine Probleme dar. Er habe die Medikamente (wegen der Nebenwirkungen) jeweils nur unregelmässig und nur kurze Zeit eingenommen. Eine wirkliche Verbesserung habe er nicht verspürt (act. II 127.1 S. 22 f.). Damit hat der Gutachter die biographischen Daten und die Umstände der Ehe – entgegen der Meinung des behandelnden Psychiaters (act. II 133 S. 2) – sehr wohl berücksichtigt (vgl. auch ergänzende Stellungnahme vom 2. Mai 2019 [act. II 138 S. 6]).

Der Experte stellte die klinischen Befunde sowie die Ergebnisse des Mini-ICF-APP umfassend dar und er erhob das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchungssituation sorgfältig (act. II 127.1 S. 25 ff.). Dass er auf der Basis der Akten und der eigenen Untersuchung eine (remitierte) Anpassungsstörung nach psychosozialer Belastungssituation attestierte, überzeugt. Der Gutachter setzte sich schliesslich überzeugend mit

der Frage nach einer Persönlichkeitsstörung auseinander, wobei er diese Diskussion leitliniengerecht führte. Es ist nicht zu beanstanden, dass er dabei auf die weiter zurückliegende Biographie des Beschwerdeführers, insbesondere durch Zitieren der Arbeitszeugnisse, einging, da – wie der Experte zutreffend erklärte (vgl. act. II 138 S. 6) – eine Persönlichkeitsstörung sich in den (bisherigen) Lebensphasen (Kindheit, Schulzeit, Ausbildung, Erwerbsleben) hätte auswirken müssen, was hier gerade nicht der Fall war. Nichts anderes gilt für die vom behandelnden Psychiater attestierte depressive Episode. Der Gutachter legte einlässlich und überzeugend dar, weshalb er eine solche Gesundheitsstörung nicht attestieren konnte (act. II 127.1 S. 32 ff.) und weshalb diese Diagnose mit Blick auf die frühere Befunderhebung für ihn auch rückwirkend nicht nachvollziehbar war (act. II 127.1 S. 35 f.). Er hielt nachvollziehbar und überzeugend fest, die Einschätzung der fehlenden Invalidität, die zum Vorbescheid vom 4. Oktober 2016 geführt habe, sei insofern korrekt gewesen (vgl. act. II 127.1 S. 36).

Der Gutachter setzte sich umfassend mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte sowie des RAD auseinander: Dabei stellte er u.a. richtig fest, dass bereits Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht zuhanden der Taggeldversicherung vom 10. Oktober 2016 von einer Krankheitsentwicklung im Sinne eines richtungsweisend reaktiv-berufsbezogenen Geschehens mit kumulativen Summationseffekt gesprochen hatte (act. II 26.2 S. 1), auch wenn den Experten die durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ danach „aus therapeutisch-rehabilitativen Gründen“ attestierte Arbeitsunfähigkeit (act. II 26.2 S. 2) nicht überzeugte. Ebenso hatte der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bereits in der Stellungnahme vom 24. Januar 2017 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation (ICD-10 F43.10) zurückgeführt und eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit für möglich gehalten (act. II 30 S. 5; vgl. auch act. II 127.1 S. 36 f.).

Nicht zu beanstanden ist schliesslich, dass der Experte unter Verweis auf das geschilderte Aktivitätsniveau (kleines ....., musikalische und sportliche Betätigung [act. II 127.1 S. 23]) einerseits und die geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden (weiterhin wechselhafte Schlafqualität, er fühle sich müde, schläfrig und verzweifelt [act. II 127.1 S. 23]) andererseits

auf Inkonsistenzen hinwies (act. II 127.1 S. 33). Dabei kann mit Blick auf die fehlende korrekte Medikamenteneinnahme durchaus – wie der Experte überzeugend darlegte (act. II 127.1 S. 33) – von einem fehlenden Leidensdruck gesprochen werden. Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte zunächst durchwegs von einer Behandlung mit Escitalopram berichtet hatten, ohne je Nebenwirkungen festzustellen. Es ist somit auf die überzeugende Beurteilung des Experten abzustellen, wonach der Beschwerdeführer an keiner klinisch relevanten Gesundheitsstörung leidet, die die Leistungsfähigkeit höhergradig einschränkt und auch die (früher) attestierten (Teil-)Arbeitsunfähigkeiten nicht mit einer Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet erklärt werden können. Die Einschätzung des Gutachters, dass der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsfähig ist (act. II 127.1 S. 34, 41), ist nach dem Gesagten überzeugend und schlüssig.

**3.4** Die Kritik des behandelnden Psychiaters Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2019 (act. II 133 S. 2 ff.) vermag das schlüssige psychiatrische Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Zwar verwendete der Gutachter tatsächlich das Wort „...ung des Arbeitsplatzes“ (act. II 127.1 S. 3), wobei unklar ist, was dieses Wort, bestehend aus dem Namen des Beschwerdeführers und „ung“, bedeuten soll. Aus dem Kontext ergibt sich, dass die Textstelle die Übernahme der RAD-Einschätzung ist und dort „Kündigung des Arbeitsplatzes“ heisst, womit es sich um eine unsorgfältige redaktionelle Aktenübernahme handelt. Dass diese einen massgeblichen Einfluss auf die Beurteilung der medizinischen Sachlage gehabt hätte, insbesondere dass der Gutachter die Fakten nicht den effektiven Tatsachen entsprechend begriffen hätte, kann ausgeschlossen werden. Im Übrigen ging auch der behandelnde Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. März 2019 davon aus, dass damit die Kündigung des Arbeitsplatzes gemeint war (act. II 133 S. 7 oben). Über diesen redaktionellen Mangel hinaus ist das psychiatrische Gutachten jedoch sorgfältig redigiert und begründet.

Der Kritik von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ kann soweit weitergehend nicht gefolgt werden, bezieht er sich in seiner Beurteilung des Gesundheitszustandes doch vorab auf die Klageschilderung des Beschwerdeführers und lässt dabei die vom Gutachter zutreffend gewürdigten durchgängigen, damit in Wi-

derspruch stehenden objektiven Befunde ausser Acht. Der Beschwerdeführer schreibt seine Misserfolge einem nicht zutreffenden psychischen Befundbild bei Drittpersonen zu. So bezeichnet er alle Personen, die er für sein Scheitern verantwortlich machte (Ehefrau, letzter Arbeitgeber, Vorgesetzter beim Arbeitsversuch), als „narzisstisch“ (act. II 127.1 S. 22 f.). Diese Haltung wird offensichtlich durch den behandelnden Psychiater unterstützt, attestierte dieser im Bericht vom 21. März 2019 der abgeschiedenen Ehefrau des Beschwerdeführers im Sinne einer „Ferndiagnose“ eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (act. II 133 S. 2 f.). Diese Ausführungen überzeugen nicht, da Dr. med. J. \_\_\_\_\_ auch nicht ansatzweise darlegte, auf welche medizinische Befundakten und objektivierten Drittfeststellungen er seine Beurteilung stützte. Wenn er den Beschwerdeführer zum Opfer seiner Ehefrau erklärte (act. II 133 S. 3) und ihn im Rahmen der Behandlung gar gegen seine abgeschiedene Ehefrau aufbrachte, so überzeugt dies nicht. Damit lassen sich auch die Kriterien einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar begründen. In der ergänzenden Stellungnahme vom 2. Mai 2019 nahm – nachdem sich bereits der RAD-Arzt zutreffend geäußert hatte – auch der Gutachter nachvollziehbar Stellung.

**3.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ berücksichtigte in seiner Expertise die in BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe und auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen. Es ist deshalb die formulierte Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Der Gutachter hat keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. E. 2.2 hiervor). Eine gesonderte gerichtliche Prüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

Nach dem oben Dargelegten (E. 3.4 hiervor) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens seit Ende 2016 an keinem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden leidet und ihm die bisherigen Tätigkeiten zumutbar sind (act. II 127.1 S. 34). Da es an einer Invalidität fehlt, lehnte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht ab. Dies gilt sowohl für die vom Beschwerde-

führer mit Schreiben vom 30. September 2019 nochmals ausdrücklich verlangten beruflichen Massnahmen pro futuro wie die Rente.

Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. Juni 2019 (act. II 139) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

Mit Verfügung vom 3. September 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut, weshalb der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit ist (Art. 113 VRPG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen

Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 30. September 2019)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.