

200 19 695 IV
FUR/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Februar 2020

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. August 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Hinweis auf eine Depression und Angststörung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) im Januar 2009 zur Früherfassung und im Februar 2009 zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 10). Nach erfolgter rentenausschliessender beruflicher Eingliederung (vgl. AB 13, 31 f., 38 f., 49, 51, 55, 60, 63, 68, 79, 87) schloss die IVB das Eingliederungsdossier mit Mitteilung vom 19. Februar 2013 (AB 93). Nachdem sich im Arbeitsalltag eine eingeschränkte Belastbarkeit gezeigt hatte (AB 94), gewährte die IVB (nach einem Arbeitstraining; AB 105, 113) Arbeitsvermittlung (AB 128), welche sie mangels Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt mit Verfügung vom 6. Juni 2018 abschloss (AB 178). Parallel dazu liess sie den Versicherten im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen psychiatrisch begutachten (Expertise vom 26. Januar 2018; AB 163.1). Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2019 (AB 180) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Auf Einwand des Versicherten hin (AB 181; vgl. auch AB 182) und nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 185) verfügte die IVB am 12. August 2019 wie in Aussicht gestellt (AB 186).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. September 2019 Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen (Eingliederungsmassnahmen und Rente) zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 12. August 2019 (AB 186). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen – insbesondere Eingliederungsmassnahmen und Rente – der IV.

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.

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da er zu einer dem Gutachter unterbreiteten Zusatzfrage (AB 172) nicht habe Stellung nehmen können (Beschwerde, S. 3 Ziff. 3).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2019 AHV Nr. 7 S. 20 E. 3.1.1). Im Verwaltungsverfahren gilt das Mitwirkungs- und Äusserungsrecht der betroffenen Person namentlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Augenscheins, der Befragung von Zeugen sowie bezüglich eines Expertengutachtens. Auf diese Beweismittel darf im Verwaltungsverfahren nicht abgestellt werden, ohne den Betroffenen Gelegenheit zu geben, an der Beweisabnahme teilzunehmen oder wenigstens nachträglich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (BGE 125 V 332 E. 3a S. 335). Insbesondere hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116).

2.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die An-

hörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d aa S. 437; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 75 E. 4.2).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3).

2.3 Dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung die Anfrage zuhanden des Gutachters vom 9. April 2018 (AB 172) nicht zur Stellungnahme zugestellt hat, stellt, wenn überhaupt, höchstens eine leichte Gehörsverletzung dar – die entsprechende Frage blieb nämlich unbeantwortet und wurde nach erneuter Überprüfung des Sachverhalts nicht mehr als massgebend befunden (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 5) –, die in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts ohnehin als geheilt zu betrachten wäre. Es sind demnach die materiellen Rügen im Zusammenhang mit den streitigen Ansprüchen zu prüfen.

3.

3.1 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).

3.2 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).

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

3.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen ungläubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine ver-

selbständige, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

3.3 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 Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufs-

beratung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe [Abs. 3 lit. b]).

3.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. 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.

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

4.

4.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1.1 Die Behandler der Klinik B. _____ AG diagnostizierten in den Berichten vom 2. Dezember 2016 (AB 115) und 26. April 2017 (AB 130) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

(ICD-10 F33.1), sowie eine Persönlichkeit mit narzisstischen, abhängigen, anankastischen und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0; AB 115/1 Ziff. 1.1, 130/2 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer erhalte keine Medikamente (AB 130/3 Ziff. 8). Nach der Grundausbildung sei es im Berufsleben immer wieder zu Brüchen, Veränderungen und Weiter- sowie Ausbildungen gekommen; zuletzt habe er eine von der IV unterstützte Ausbildung zum ... gemacht. Ab 2012 habe er für ca. 1.5 Jahre in einer ... gearbeitet, wobei es nach einem Konflikt zur Kündigung gekommen sei. Nach einer längeren Phase von Arbeitslosigkeit und einem Aufenthalt in der Tagesklinik (4. Mai bis 26. Juni 2015) habe er ab Dezember 2015 erneut als ... gearbeitet, diese Stelle dann aber per Ende Juni 2016 wegen hoher Anspannung, Überlastung und einem daraus resultierenden Konflikt selber gekündigt. Dabei sei es erneut zu einer depressiven Dekompensation mit starker Antriebslosigkeit, Motivationsverlust, Erschöpfung, deutlichen Leeregefühlen, Gefühlen von Sinnlosigkeit, Lebensunlust, schwer fallender Selbstaktivierung und Strukturierung sowie sozialem Rückzug gekommen. Der Beschwerdeführer befinde sich seit vielen Jahren in ambulanter, teilstationärer (2009, 2015, 2016) und stationärer psychotherapeutischer Behandlung (2004/05, 2008/09, 2011). Bei einer chronisch verlaufenden Erkrankung mit zahlreichen depressiven Episoden bzw. chronischer Depressivität sowie einer Einschränkung durch eine Achse-II-Störung könne vermutet werden, dass er langfristig eingeschränkt bleibe bzw. nicht mehr voll arbeits- und leistungsfähig sein werde (AB 115/2 Ziff. 1.4). Im Arbeitsalltag zeige sich eine eingeschränkte Belastbarkeit unter Druck, Stress und bei zwischenmenschlichen Spannungssituationen (AB 115/3 Ziff. 1.7). Die arbeitsintegrative Massnahme der IV habe gezeigt, dass er unter gut strukturierten Bedingungen, bei klaren, sequentiellen Abläufen und Aufgaben, eine stabile Arbeitsfähigkeit von ca. 60 % erbringen könne (AB 130/3 Ziff. 9). Aufgrund der Schwierigkeiten in der Emotions- und vor allem auch Interaktionsregulation im Alltag sei er sowohl beruflich wie auch privat stark eingeschränkt (AB 130/3 Ziff. 12).

4.1.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 26. Januar 2018 diagnostizierte Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10

F33.11), und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Akzentuierung von abhängigen und ängstlichen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73), ein Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) und ein Status nach Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1; AB 163.1/14 Ziff. 15). Beim Beschwerdeführer bestünden die Hauptsymptome einer rezidivierenden depressiven Störung mit gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsstörung; hinzu kämen die Gefühle der Minderwertigkeit und Hoffnungslosigkeit, es bestünden eine Müdigkeit, reduzierte Konzentration, Schlafstörung und ein Morgentief, so dass eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom zu beurteilen sei. Des Weiteren seien die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ erfüllt: Erkennbar sei ein impulsives Verhalten mit geringer Impulskontrolle. In der Arbeitswelt habe dies zu Konflikten mit Vorgesetzten oder mit dem Team geführt, wobei der Beschwerdeführer auch mit vermehrtem Alkoholkonsum reagiert habe, um sich emotional herunter zu regulieren. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ bestehe seit Ende 2004. Auslöser für den Ausbruch sei vermutlich gewesen, dass der Beschwerdeführer sich damals im Konflikt mit dem Arbeitgeber im ... befunden habe, der dem Wunsch nach Umstellung der Arbeitszeit auf reinen Tagdienst nicht nachgekommen sei. Differentialdiagnostisch habe keine kombinierte Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F61.0 mit narzisstischen, abhängigen, anankastischen und ängstlich-vermeidenden Zügen bestätigt werden können, sondern allenfalls eine Akzentuierung von abhängigen und ängstlichen Persönlichkeitszügen nach ICD-10 Z73. Der Beschwerdeführer habe keine zwanghaften Züge gezeigt und auch die narzisstischen Züge seien nicht voll ausgeprägt; vielmehr zeige sich eine Akzentuierung von ängstlich-vermeidenden Zügen mit dem Minderwertigkeitsgefühl und der Sorge, abgelehnt zu werden. Ebenfalls bestehe die Sehnsucht nach sozialer Akzeptanz. An abhängigen Zügen bestehe ein devotes Verhalten, eine Trennungsangst und ein ständiges Bedürfnis nach emotionaler Versorgung. Es bleibe jedoch insgesamt nur bei einer Akzentuierung dieser Persönlichkeitszüge, da die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend und vollumfänglich erfüllt seien (vgl. auch AB 163.1/20 ff.). Von 2004 bis 2013 habe eine Panikstörung bestanden: Kennzeichnend seien die auftretenden Panikattacken mit Atemschwierigkeiten, Schweissaus-

bruch und Herzrasen gewesen, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränkten und deshalb auch nicht vorhersehbar seien. Eine generalisierte Angststörung habe nicht bestanden (AB 163.1/18 f.).

Die fast ausschliesslich psychotherapeutische Behandlung habe sich hauptsächlich auf die angenommene kombinierte Persönlichkeitsstörung konzentriert; die nunmehr diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ sei unbehandelt geblieben. Der Beschwerdeführer habe sich in den bisherigen Therapien nicht aufgeschlossen für eine ausreichende und dauerhafte antidepressive Psychopharmakologie gezeigt. Deshalb werde eine dreimonatige stationär-psychiatrische Behandlung mit der schwerpunktmässigen Behandlung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung empfohlen. Ebenfalls wäre im stationären Rahmen die Anpassung einer antidepressiven Medikation unter Laborkontrolle nötig. Anschliessend sollte der Beschwerdeführer eine regelmässige ambulante und antidepressive Behandlung bei einem Psychiater für mindestens ein Jahr durchführen (AB 163.1/15, 163.1/19 unten). Es beständen nämlich Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme psychopharmakologischer Therapie. Aggravationshinweise hätten sich aber nicht gezeigt (AB 163.1/13 f. Ziff. 11 und 14). Von November 2004 bis Januar 2005 habe sowohl angestammt als auch adaptiert eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, dies aufgrund der Panikstörung, mittelgradigen depressiven Episode und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ. Von Februar 2005 bis Oktober 2008 habe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in angestammter Tätigkeit und von 100 % in einer Verweistätigkeit (ohne hohe Anforderungen an die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die zeitlichen Vorgaben und die Teamfähigkeit) bestanden, da die rezidivierende depressive Störung teilweise remittiert sei, für die Panikstörung in den Akten kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr beschrieben worden sei und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung zwar einschränkend bestanden habe, der Beschwerdeführer in dieser Zeit aber doch in der Lage gewesen sei, seiner Arbeitstätigkeit zumindest teilweise nachzugehen. Seit November 2008 sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 40 % und in einer Verweistätigkeit zu 60 % ar-

beitsfähig, dies unter Berücksichtigung der erneuten mittelgradigen depressiven Episode und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, wobei davon auszugehen sei, dass die Panikstörung seit 2008 kaum noch eine Rolle gespielt habe und zwischenzeitlich remittiert sei. Die Akzentuierung von abhängigen und ängstlichen Persönlichkeitszügen nach ICD-10 Z73 habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Nach Durchführung der empfohlenen dreimonatigen stationären und einjährigen ambulanten psychiatrischen Behandlung sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von derzeit 40 % auf wahrscheinlich 80 % zu erwarten (AB 163.1/14 unten, 163.1/19).

4.1.3 Mit Bericht vom 20. Mai 2019 bestätigten die Behandler der Klinik B._____ AG (abgesehen von vernachlässigbaren kürzeren Unterbrüchen) eine durchgehende psychotherapeutische Behandlung seit November 2004. Dabei habe es verschiedene Medikamentenversuche (z.B. 2008 und 2014) gegeben, welche aber aufgrund der Ängstlichkeit, Unsicherheit und Tendenz zur Somatisierung die depressive Symptomatik jeweils eher verstärkt hätten (AB 182).

4.1.4 Dazu führte der RAD-Arzt Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 29. Juli 2019 aus, schon in einem ersten Bericht der Klinik B._____ AG vom 28. Januar 2005 wie auch in den folgenden Berichten fänden sich einzig Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer eine medikamentöse Behandlung (aus Angst vor Nebenwirkungen) abgelehnt habe, wogegen ein adäquater medikamentöser Behandlungsversuch nicht aktenkundig sei. Unter Heranziehung der entsprechenden Behandlungsempfehlungen sei anzumerken, dass die bisher durchgeführte Behandlung der mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung nicht mit den darin empfohlenen Behandlungsalgorithmen übereinstimme. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass durch eine adäquate medikamentöse antidepressive Behandlung eine Verbesserung der depressiven Symptome zu erreichen sei (AB 185/2 f.).

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 Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

Von einem medizinischen Sachverständigen, dessen Aufgabe sich klar von jener des behandelnden Arztes unterscheidet, darf und muss erwartet werden, dass er eine objektive Prüfung der medizinischen Situation der begutachteten Person vornimmt, dass er auf neutrale und gründliche Art über seine Feststellungen berichtet und dass sich seine Schlussfolgerungen auf medizinische Erwägungen stützen und nicht auf Werturteile. In formeller Hinsicht muss der Sachverständige mit Bezug auf seine Ansichten eine gewisse Zurückhaltung üben, ungeachtet der Kontroversen, die es zu bestimmten Themen im medizinischen Bereich geben kann: Wenn er bei-

spielsweise Theorien vertritt, die nicht von einem Konsens getragen sind, wird von ihm erwartet, dass er dies kund tut und mit Bezug auf seine Schlussfolgerungen transparent macht. Sein Gutachten muss in sachlicher Art verfasst und frei von abwertenden Bezeichnungen oder von Formulierungen mit subjektivem Anstrich sein, und es soll einem logischen Aufbau folgen, damit der Leser die wissenschaftlichen Überlegungen nachvollziehen kann, die der Ansicht zugrunde liegen, die er vertritt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 12. August 2019 (AB 186) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 26. Januar 2018 (AB 163.1; vgl. E. 4.1.2 hiervor) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen des Gutachters und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor), weshalb ihm insoweit volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Kritik des Beschwerdeführers vermag daran nichts zu ändern:

4.3.1 Soweit der Beschwerdeführer einwendet, bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung handle es sich um ein anhaltendes Muster von Verhaltensweisen, welches sich nicht mit Medikamenten behandeln lasse (Beschwerde, S. 2 Ziff. 1), verkennt er, dass es vielmehr um die "antidepressive Medikation" (vgl. AB 163.1/15 und 163.1/19, je unten; vgl. auch AB 182/2 unten) im Zusammenhang mit der ebenfalls diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, geht. Dem Gutachter zufolge ist die rezidivierende depressive Störung in den mittelgradigen Episoden nicht adäquat psychopharmakologisch behandelt worden (AB 163.1/15 Ziff. 16.1); davon könne durchaus eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwartet werden (AB 163.1/19 unten). In diesem Zusammenhang bringt der RAD-Arzt weiter

vor, dass zwar im Rahmen einer medikamentösen antidepressiven Behandlung vor allem anfänglich Nebenwirkungen auftreten könnten, doch seien diese meistens vorübergehender Natur. Solchen Nebenwirkungen könne mittels einer anfänglich niedrigen Dosierung und langsamer Erhöhung denn auch meistens gut begegnet werden. Zudem sei die Auswahl an Antidepressiva so gross, dass sicher ein wirksames und gut verträgliches Medikament gefunden werden könne, vorausgesetzt die Bereitschaft sei einsprechend vorhanden. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass durch eine adäquate medikamentöse antidepressive Behandlung eine Verbesserung der depressiven Symptome zu erreichen sei (AB 195/3 unten). Entsprechende (wenn auch etwas relativierte) Eingeständnisse macht denn auch der Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 2 unten).

4.3.2 Soweit der Beschwerdeführer weiter die gutachterliche Aussage, wonach sich die emotional instabile Persönlichkeitsstörung mittels eines dreimonatigen stationären Aufenthalts bessern lasse, als nicht evidenzbasiert bezeichnet (Beschwerde, S. 2 Ziff. 1), handelt es sich um eine blosser Behauptung, die in keiner Weise wissenschaftlich abgestützt ist. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist zu folgern, dass eine entsprechende Therapie bislang unterblieben ist, hätten sich doch die fast ausschliesslich psychotherapeutischen Behandlungen im stationären, teilstationären und ambulanten Setting hauptsächlich auf die angenommene kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, zwanghaften, ängstlichen und abhängigen Zügen konzentriert, wogegen die erstmals im Gutachten diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ bislang unbehandelt geblieben sei (AB 163.1/15 Ziff. 16.1). Da hier der medizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit nicht zu folgen ist (vgl. E. 4.4.3 nachfolgend), ist es zudem nicht massgebend, dass auch Sicht des Gutachters nach durchgeführter Therapie eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist, weshalb auch keine Fristansetzung zur Therapie nötig ist.

4.3.3 Schliesslich erachtet der Beschwerdeführer das Gutachten auch deshalb nicht als schlüssig, weil sich der Gutachter nicht zum Schweregrad der Persönlichkeitsstörung und zu allfälligen Wechselwirkungen zur rezidivierenden depressiven Störung in den mittelgradigen Episoden äussere

(Beschwerde, S. 2 Ziff. 1). Diesbezüglich hat der Gutachter sehr wohl eine Abwägung im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen: So habe von November 2004 bis Januar 2005 sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit aufgrund der Panikstörung, mittelgradigen depressiven Episode und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von Februar 2005 bis Oktober 2008 habe eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 70 % und in einer Verweistätigkeit von 100 % bestanden, da die rezidivierende depressive Störung teilweise remittiert sei, für die Panikstörung in den Akten kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr beschrieben worden sei und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung zwar einschränkend bestanden habe, der Beschwerdeführer zu dieser Zeit aber in der Lage gewesen sei, seiner Arbeitstätigkeit zumindest teilweise nachzugehen. Seit November 2008 sei er aufgrund der erneuten mittelgradigen depressiven Episode und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ durchgehend in der angestammten Tätigkeit zu 40 % und in einer Verweistätigkeit zu 60 % arbeitsfähig (AB 163.1/19 Mitte).

4.4 Gestützt auf das psychiatrische Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 26. Januar 2018 (AB 163.1; vgl. E. 4.1.2 hiervor) sind mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) erstellt. Es bleibt zu prüfen, ob die gestützt darauf vom Gutachter seit 2008 attestierte Leistungseinschränkung in der angestammten Tätigkeit von 60 % und in einer angepassten Tätigkeit von 40 % resp. von 80 % nach Durchführung der empfohlenen dreimonatigen stationären und einjährigen ambulanten psychiatrischen Behandlung (AB 163.1/14 unten, 163.1/19) anhand der Standardindikatoren aus juristischer Sicht schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (vgl. E. 3.2 hiervor). Insbesondere diese versicherungsrechtliche Validierung der aus psychiatrischer Sicht attestierten Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der Indikatorenprüfung ist vorliegend umstritten.

4.4.1 Bezüglich der vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen sind die klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 3.2.1 hiervor) eingehalten. In seinem Gutachten zeigte er auch keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes nach BGE 131 V 49 (vgl. E. 3.2.2 hiervor) auf, insbesondere verneinte er Aggravationshinweise (AB 163.1/14 Ziff. 14). Nachdem die Prüfung der ersten Ebene somit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht ausschliesst, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 3.2.3 hiervor).

4.4.2

4.4.2.1 Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) ist nicht schwer. Dem Untersuchungsbefund lassen sich keine auffälligen Befunde entnehmen (AB 163.1/12 Ziff. 10.1), die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befund nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425). Dabei fällt auch ins Gewicht, dass eine indizierte und zumutbare medikamentöse Behandlung bislang nicht durchgeführt worden ist, was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome reicht somit insgesamt nicht aus, um die attestierten Einschränkungen als erstellt zu erachten.

Betreffend den Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer nahezu ununterbrochen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung befunden hat. In Bezug auf die rezidivierende depressive Störung in den mittelgradigen Episoden fehlt es indessen an einer psychopharmakologischen Behandlung (vgl. bereits E. 4.3.1 hier vor) und die erstmals im Gutachten diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ ist bislang unbehandelt geblieben (vgl. bereits E. 4.3.2 hiervor). Entsprechend geht der Gutachter für den Fall einer schwerpunktmässigen Behandlung der emotional instabilen Persön-

lichkeitsstörung und einer Anpassung der antidepressiven Medikation von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von derzeit 40 % auf wahrscheinlich 80 % aus (AB 163.1/19 unten), was wohl eine nahezu volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (derzeit 60 %) nach sich ziehen dürfte. Damit liegen trotz jahrelanger Behandlung weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor.

Zu prüfen ist weiter, ob massgebende Komorbiditäten bestehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Neben den diagnostizierten psychischen Gesundheitsschäden liegen keine körperlichen Begleiterkrankungen vor. Nach Ansicht des Beschwerdeführers ist eine chronifizierte depressive Störung in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung aufgrund der Komorbidität und der Wechselwirkungen der beiden Störungen untereinander in der Regel invalidisierend (Beschwerde, S. 3 Ziff. 1). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich dem Gutachter zufolge insbesondere die rezidivierende depressive Störung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und so bei teilweiser Remission derselben eine doch recht hohe Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist, dies verbunden mit dem Hinweis, dass die emotional instabile Persönlichkeitsstörung zwar einschränkend bestanden hat, der Beschwerdeführer aber doch in der Lage war, seiner Arbeitstätigkeit zumindest teilweise nachzugehen (AB 163.1/19 Mitte). Zudem war es ihm möglich, trotz der diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, bestehend seit Ende 2004, eine Umschulung zum ... zu absolvieren und anschliessend auf diesem Beruf zu arbeiten. Auch aktuell geht der Beschwerdeführer einer Tätigkeit im ... – seinen Aussagen zufolge zwar gezwungenermassen – im Vollpensum nach (Beschwerde, S. 3 f. Ziff. 4). Damit liegt keine Komorbidität vor, die dem Beschwerdeführer in wesentlichem Ausmass Ressourcen rauben würde.

Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass zwar eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) besteht, nicht aber eine kombinierte Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F61.0 mit narzisstischen, abhängigen, anankastischen und ängstlich-vermeidenden Zügen, liegt doch dem Gutachter zufolge insgesamt einzig eine Akzentuierung dieser Persönlichkeitszüge vor, wogegen die Kriterien für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung

nicht ausreichend und vollumfänglich erfüllt seien (AB 163.1/18 f.). Auch mit Blick auf die im Psychostatus erhobenen, in weiten Teilen unauffälligen bzw. nicht schwerwiegenden Befunde ohne Hinweise auf Ich-Störungen, Zwänge oder Zwangsgedanken (AB 163.1/12 Ziff. 10.1) ist insgesamt von erhaltenen persönlichen Ressourcen auszugehen.

In Bezug auf den Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) verneinte der Gutachter einen völligen sozialen Rückzug (AB 163.1/14 Ziff. 13). Auch wenn der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge kaum noch Freizeitaktivitäten unternimmt und soziale Kontakte pflegt, hat er doch gelegentlich Kontakt mit mindestens zwei Freunden und einer seiner Schwestern (Beschwerde, S. 3 Ziff. 4; vgl. auch AB 163.1/8 f.). Insoweit hält das soziale Umfeld doch zumindest gewisse Ressourcen bereit.

4.4.2.2 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen spricht zwar für einen gewissen Leidensdruck, doch bestehen hierbei erhebliche Inkonsistenzen dahingehend, dass die indizierte und auch zumutbare psychopharmakologische Behandlung insbesondere wegen der ablehnenden Haltung des Beschwerdeführers nicht durchgeführt wurde (AB 163.1/13 Ziff. 11, 163.1/19 unten). Dies spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck. Schliesslich besteht insoweit keine Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, als der Beschwerdeführer jedenfalls noch zum Gutachtenszeitpunkt angab, einmal in der Woche Badminton zu spielen, sich für die Musik zu interessieren und selber Gitarre zu spielen (AB 163.1/9 oben), täglich eine Stunde laufen zu gehen, zu lesen, selber den Haushalt zu erledigen, einzukaufen und gelegentlich zu kochen (AB 163.1/11 Ziff. 7).

4.4.3 In der Gesamtbetrachtung erscheinen die gutachterlich postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt und es ist dementsprechend aus rechtlicher Optik nicht auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit abzustellen (ohne dass das Administrativgutachten dadurch seinen Beweiswert verliert [vgl. Ent-

scheid des BGer vom 26. November 2018, 8C_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.]).

4.5 Zusammenfassend besteht kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Dem Beschwerdeführer ist es denn auch faktisch möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 4). Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 3.1 hiervor) vorliegt (und auch nicht droht), besteht kein Anspruch auf Leistungen (Rente und Eingliederungsmassnahmen) der IV. Die gegen die angefochtene Verfügung erhobenen Rügen erweisen sich damit als unbegründet und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] bzw. Art. 104 Abs. 3 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit a VRPG).

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

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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