

200 20 397 IV
FUE/SHE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Oktober 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. April 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als ... tätig, meldete sich im Dezember 2017 unter Hinweis auf eine soziale Phobie mit somatoformer Störung sowie die Folgen eines Unfallereignisses vom 7. Juli 2016 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese traf in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen, namentlich holte sie die Akten der Unfall- und Krankentaggeldversicherung (vgl. u.a. AB 10.1-10.5, 13.1-13.5, 16.1-16.4, 32, 36, 58.2) wie auch eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Dezember 2018 (AB 59) ein. Mit Verfügung vom 14. Mai 2019 (AB 74) verneinte die IVB einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vorliege. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 78/3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 8. November 2019, IV/2019/475 (AB 85), gut und wies die Sache an die Verwaltung zurück, damit diese im Rahmen eines versicherungsexternen Gutachtens den medizinischen Sachverhalt abkläre und anschliessend neu verfüge.

In der Folge holte die IVB bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten vom 23. Januar 2020 (AB 96.1) ein und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 99 f.) mit Verfügung vom 28. April 2020 (AB 102) bei einem Invaliditätsgrad von 20% einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 28. Mai 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, hiergegen Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu ver-

pflichten, ihm rückwirkend ab 1. Juni 2018 die gesetzlichen IV-Rentenleistungen (zumindest eine halbe Invalidenrente) auszurichten.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2020 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 28. April 2020 (AB 102). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich 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 Dreiviertelrente, 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.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Mit VGE IV/2019/475 (AB 85) erkannte das Verwaltungsgericht, weder die von der Krankentaggeldversicherung bei Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte Beurteilung vom 26. November 2018 (AB 58.2) noch die Berichte der behandelnden Ärzte und Therapeuten der Klinik E.____ (AB 39, 65) oder des Spitals F.____ (AB 47) würden sich zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers eignen. Das Verwaltungsgericht beurteile daher den medizinischen Sachverhalt in diagnostischer Hinsicht sowie bezüglich der funktionellen Auswirkungen als ungenügend abgeklärt und wies die Sache an die Verwaltung zurück, damit diese im Rahmen eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG den medizinischen Sachverhalt abkläre und anschliessend neu verfüge.

3.2 Im daraufhin eingeholten Gutachten des Dr. med. C.____ vom 23. Januar 2020 (AB 96.1) diagnostizierte dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine phobische Störung mit sozialer und Agoraphobie (ICD-10 F40.8), bestehend seit Jahren (S. 31 Ziff. 6.2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.9), in den letzten Monaten übergegangen in eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0), eine wechselnd ausgeprägte Anpassungsstörung mit Erschöpfung, Verunsicherung und Angst, früher ausgelöst durch berufliche und familiäre Herausforderungen, heute durch eine existenzielle Verunsicherung (ICD-10 F43.23), ein Abhängigkeitssyndrom von Sedativa (Lorazepam), seit vielen Jahren (ICD-10 F13.25), akzentuierte, eigenwillige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie eine Dekonditionierung und Selbstlimitierung (Ziff. 6.3).

Zu den diagnostischen Überlegungen legte er dar, das seit dem Velounfall vom 7. Juli 2016 im Vordergrund stehende Beschwerdebild sei dasjenige einer diffusen chronifizierten Schmerzstörung. Der Unfall habe u.a. zu einer schmerzhaften Rippenprellung geführt, welche zunächst weder einen Spi-

talaufenthalt noch eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt habe. Wider Erwarten sei die Schmerzproblematik in den folgenden Wochen nicht abgeklungen. Bereits in der neurochirurgischen Untersuchung im August 2016 sei einerseits eine – somatisch nicht erklärbare – Schmerzausweitung beschrieben worden; andererseits aber auch ein auffällig aufgeregtes histrionisches Verhalten, welches den Neurochirurgen an eine Konversionsstörung habe denken lassen. Die Hausärztin habe im Bericht von November 2016 von einer Diskrepanz zwischen dem "objektiv guten körperlichen Zustand des Versicherten" und seiner ausgeprägten subjektiven Panalgie gesprochen und in erster Linie eine Schmerzverarbeitungsproblematik diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt habe der Versicherte noch seine angestammte Tätigkeit zu 70% ausgeführt. Zu einem Rückfall sei es "– wohl nicht ganz zufällig –" Anfang Juli 2017 im Zusammenhang mit dem Abschluss des Verfahrens durch die Unfallversicherung gekommen. Seit diesem Zeitpunkt werde der Versicherte bleibend zu 80-100% arbeitsunfähig geschrieben (S. 27). Die geklagten Schmerzen seien diffus, ubiquitär und ständig vorhanden; vom Schmerzcharakter her entsprächen sie am ehesten unspezifischen muskulären Verspannungen. Die subjektiv schwersten Schmerzen (VAS 7-9) würden den Versicherten dennoch nicht daran hindern, ein zwar auf den familiären Rahmen zurückgezogenes, aber doch aktives Leben als Hausmann zu führen, sein intensives Hobby (...) zu pflegen und im Sommer 2018 mit der Ehefrau dreiwöchige Ferien in den ... zu verbringen. Seit März 2019 nehme der Versicherte nun ein schmerzmodulierendes Antidepressivum ein, was sein subjektives Schmerzempfinden nur leicht vermindere (VAS 6-8). Anlässlich der Exploration habe er sich dennoch in aufgeräumter Verfassung präsentiert. Seine Schilderung des angeblich kontinuierlich vorhandenen, den ganzen Körper umfassenden, nach wie vor stark ausgeprägten Schmerzes wirke übertrieben. Während der mehrstündigen Exploration seien kaum non-verbale Anhaltspunkte oder Anzeichen für ein massives Schmerzerleben feststellbar gewesen, ebenso wenig Zeichen von Ermüdung, verminderter Konzentration oder Reizbarkeit. Er fühle sich auch nicht deprimiert, mache täglich Pläne, gehe seinen Verpflichtungen nach und mache diszipliniert seine Lockerungsübungen. Demgegenüber bestehe eine klare Anspruchshaltung in Bezug auf eine finanzielle Kompensation seiner subjektiv vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch eine Rente der Invalidenversicherung. Ein Wiedereinstieg ins Er-

werbsleben – wenn überhaupt – sei für ihn erst nach mehreren Jahren und "vollständiger Genesung" denkbar. Für ihn (Gutachter) stehe deshalb heute die Diagnose einer Entwicklung von körperlichen Symptomen aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) im Vordergrund. Dazu passe auch das aufmerksamkeitsuchende Verhalten, seine Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlungen und seine Enttäuschung über die bisher ausbleibende versicherungsrechtliche Anerkennung seiner subjektiv schweren und bleibenden Beschwerden (S. 28).

Nebst der Schmerzstörung, die sich im Verlauf in Richtung einer aggravierten Symptomausweitung entwickelt habe, bestehe seit Jahren eine phobische Störung. Gemäss eigenen, glaubhaften Angaben habe er ab 1999 zunehmende Probleme in sozialen Situationen entwickelt, in welchen er "prüfenden Blicken von Drittpersonen" ausgesetzt gewesen sei, wie es in seiner damaligen beruflichen Tätigkeit als ... einer ... offenbar nicht selten der Fall gewesen sei (S. 28). Hierbei scheine ihm weniger der 1:1-Kontakt mit Kunden, sondern vielmehr das Auftreten vor Gruppen von Kollegen oder Vorgesetzten zu schaffen gemacht zu haben. Der Versicherte störe sich vor allem an den angst-spezifischen vegetativen Symptomen wie Nervosität und Schwitzen. Leider habe er rasch die zuverlässige Wirkung von Lorazepam auf diese Problematik entdeckt, was sich über die Jahre zu einer Benzodiazepin-Abhängigkeit mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25) entwickelt habe. Aktuell könne die vom behandelnden Psychologen bereits 2015 diagnostizierte phobische Störung mit sozialer und Agoraphobie (ICD-10 F40.8) bestätigt werden. Diese habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Dieser sei weniger belastbar, reagiere auf soziale "Prüfungssituationen" mit Nervosität, was zu den vegetativen Reaktionen, zu Vermeidungsverhalten und zu einer sekundären Benzodiazepinabhängigkeit geführt habe. Dennoch sei der Versicherte trotz der phobischen Störungen bis zum Velounfall durchaus arbeits- und leistungsfähig gewesen; sein Einwand, die hohen Einkommen 2013 bis 2015 nur dank Mithilfe seiner Kollegen erarbeitet zu haben, sei wenig glaubhaft. Durch den seit zweieinhalb Jahren bestehenden Schonraum spiele diese phobische Störung aktuell eine geringe Rolle. Dennoch sei zu erwarten, dass ihn eine Rückkehr zu den Belastungen des ersten Arbeitsmarktes stark fordern würde (S. 29); hierbei spielten – nebst der phobischen

Störung – unterdessen jedoch vor allem nichtversicherte Faktoren wie De-
konditionierung und Selbstlimitierung eine Rolle (S. 30).

Ausser der Angststörung liege zurzeit keine andere affektive Störung mit
Krankheitswert vor. Die Diagnose einer depressiven Episode tauche einzig
im Therapeutenbericht des behandelnden Psychologen auf und werde dort
kaum mit objektiven Befunden gestützt. Selbstverständlich sei der Versi-
cherte durch die (früher nachvollziehbaren) Schmerzen, die phobische
Störung, die psychosozialen Belastungen, aber auch durch die frühere Un-
gewissheit in Bezug auf seine medizinische und heutige Unsicherheit in
Bezug auf seine versicherungsrechtliche Situation belastet, was die Dia-
gnose einer wechselnd ausgeprägten Anpassungsstörung mit Erschöp-
fung, Verunsicherung und Angst (ICD-10 F43.23) rechtfertige. Die 2015
vom behandelnden Therapeuten erwähnten narzisstischen Persönlich-
keitszüge dürften in der Tat vorgelegen haben bzw. immer noch vorliegen,
doch gehe ihnen ein Krankheits- oder Störungswert mit Auswirkungen auf
die Arbeitsfähigkeit auf jeden Fall ab (S. 30).

Weiter kam der Gutachter zum Schluss, es bestünden erhebliche Zweifel
an der Konsistenz und Plausibilität der geltend gemachten Beschwerden.
Bereits in den ersten haus- und spezialärztlichen Berichten nach dem Un-
fall vom 7. Juli 2016 würden Diskrepanzen beschrieben; diese hätten
zunächst die vom Versicherten dramatisch geltend gemachten lokalen
Schmerzen und die – nach Abklingen der Prellungen – vorwiegend blanden
somatischen Befunde betroffen. Im weiteren Verlauf bis heute werde eine
Symptomausweitung beschrieben, indem die Schmerzschilderungen immer
diffuser, unfassbarer, schwerer (VAS 7-9), ständig vorhanden (24 Stunden)
und angeblich therapieresistenter würden, obwohl der Versicherte bis im
Juli 2017 noch im Arbeitsleben gestanden habe, danach ein zwar zurück-
gezogenes, aber im Rahmen seiner Familie und seiner Hobbies aktives
Leben geführt habe, weder ständig hospitalisiert gewesen sei, noch ständig
auf Notfallstationen oder Schmerzambulanzen aufgetaucht sei, auch kei-
nerlei Schmerzmittel eingenommen und im Sommer 2018 sogar drei Wo-
chen Ferien mit seiner Frau in den ... verbracht habe. Eine klare Neigung
zum Dramatisieren zeige sich auch in Bezug auf andere teilweise vorbe-
stehende Störungen. Beispielsweise erwecke der Versicherte während der

Exploration den Eindruck, dass er bereits 2013 im Alltags-, und Arbeitsleben ständig durch die Angststörung gezeichnet und erschöpft gewesen sei. Er spreche davon, in dieser Zeit nur zwei Tage pro Woche produktiv habe arbeiten können. Dies stehe im klaren Gegensatz zu den nachgewiesenen Einkommensverhältnissen in diesen Jahren, wobei durchaus denkbar sei, dass er in dieser Zeit energiemässig über seiner Limite gelebt habe (S. 35 Ziff. 7.3). Die gestellte Diagnose einer phobischen Störung sei Ausgangspunkt für allfällige Funktionseinschränkungen. Beim Versicherten seien sowohl die Anpassung an Regeln und Routine, wie auch die Planung und Strukturierung von Aufgaben prinzipiell nicht eingeschränkt. Gleiches gelte für die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit sowie die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit (Kontaktfähigkeit zu Dritten). Die Gruppenfähigkeit sei ausser im Rahmen von öffentlichen Auftritten erhalten. Die Mobilität/Reisefähigkeit wie auch die Selbstversorgungen seien nicht beeinträchtigt. Der Bereich familiäre/intime Beziehungen sei unauffällig, die Spontan-Aktivitäten kaum reduziert. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei durch die lange Krankenschreibung bzw. Dekonditionierung reduziert, gleiches gelte für die Durchhaltefähigkeit. Was die Anwendung fachlicher Kompetenzen betrifft, dürfte der Versicherte nach wie vor über intakte Fachkompetenzen im ... Bereich (...) verfügen, wenn auch durch die dreijährige Distanz zum Arbeitsleben diese nicht mehr ganz aktuell sein dürften (S. 35 f. Ziff. 7.4.1). Er weise prinzipiell intakte Grundarbeitsfähigkeiten auf. Er sei interessiert, bei Freude an einer Aufgabe begeisterungsfähig und zu planvollem Vorgehen in der Lage. Er könne sich gut strukturieren. Trotz mehrjähriger Distanz zum Berufsleben sei er kommunikativ, früher sicherlich kompetent und kundenorientiert aufgetreten. Er weise ein intaktes familiäres Umfeld auf und lebe in stabilen Verhältnissen (S. 36 Ziff. 7.4.2).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Experte fest, das aktuelle Beschwerdebild sei widersprüchlich und von Inkonsistenzen geprägt. Dazu gehöre insbesondere die Überzeugung, seit zweieinhalb Jahren und wohl bleibend zu keiner Arbeitsfähigkeit mehr in der Lage zu sein. Die als Hauptbeschwerden bezeichneten chronischen Schmerzen seien wenig plausibel. Das Beschwerdebild wirke nicht nur inkonsistent, sondern werde vornehmlich von nicht-versicherten Faktoren bestimmt, wie der Selbstlimitierung und unterdessen

auch der Dekonditionierung. Die von der Hausärztin im Bericht vom 9. November 2016 gemachte Feststellung, dass der damals – nach dem Velounfall vom 7. Juli 2016 – noch leicht traumatisierte und 70% arbeitsfähige Versicherte ab Januar 2017 wieder voll arbeitsfähig sein sollte, sei auch retrospektiv gültig. Die spätere Entwicklung bis zum heutigen, chronifizierten Zustandsbild dürfte vornehmlich mit Faktoren zusammenhängen, welche keiner anerkannten gesundheitlichen Störung entsprächen. Aus gutachterlicher Sicht sei ihm – unter Abzug der nicht versicherten Faktoren – die Rückkehr in die angestammte Tätigkeit eines ... prinzipiell zuzumuten. Selbstverständlich dürfte es für den 47-Jährigen in der aktuellen Situation und nach der langen Distanz vom Arbeitsmarkt nicht einfach sein, den Anschluss zu finden. Nach einer Eingewöhnungszeit von drei bis sechs Monaten sei prinzipiell eine Tätigkeit als ... zumutbar, für die er sicherlich noch auf das frühere Kundennetz zurückgreifen könne. Eine solche Tätigkeit hätte zudem der Vorteil, dass der Versicherte wesentliche Tätigkeiten zu Hause (Homeoffice) erledigen könnte. Die vorbestehende und auch heute noch vorliegende phobische Störung habe – auch nach Abzug der nicht-versicherten Faktoren (Selbstlimitierung, Dekonditionierung) – gewisse Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte brauche auch bei optimaler Behandlung mehr Kraft, um seine sozialen Ängste zu überwinden und sich dabei längerfristig nicht zu erschöpfen. Er sei deshalb auf vermehrte Pausen angewiesen, welche z.B. über eine verlängerte Mittagspause oder durch einen arbeitsfreien Mittwoch erreicht werden könnten. Daraus resultiere eine maximal 20%-ige Verminderung seiner Arbeitsfähigkeit bei normalem Rendement (S. 37 ff. Ziff. 7.4.3).

3.3 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).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227).

3.4

3.4.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 23. Januar 2020 (AB 96.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3 hiervor). Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die aus psychiatrischer Sicht gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem psychiatrischen Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu.

3.4.2 Gestützt darauf ist erstellt, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit Jahren an einer phobischen Störung mit sozialer Phobie und Agoraphobie (ICD-10 F40.8) leidet (S. 31 Ziff. 6.2). Die vom psychiatrischen Experten vorgenommene, einlässliche Diagnosestel-

lung wurde nachvollziehbar und einleuchtend anhand der klassifikatorischen Vorgaben begründet. Dies trifft namentlich auf seine Darlegungen zu, weshalb die Kriterien für die (aktenkundige; AB 39 S. 2 Ziff. 1.1) Diagnose einer zumindest mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode als eigenständiges, von psychosozialen Belastungen unabhängiges Krankheitsbild weder früher noch aktuell gegeben sind. In diesem Zusammenhang führte der Experte aus, der Versicherte habe durchaus Antrieb und Interessen, mache abendliche Pläne für den nächsten Tag, erfülle seine hausmännischen und väterlichen Funktionen, habe Freude an seinem zeitintensiven Hobby und werde offensichtlich weder übermässig durch Selbstzweifel, noch durch Schuldgefühle gequält. Suizidale Tendenzen seien weder früher noch heute nachweisbar, ebenso wenig ein Morgentief, eine Appetitlosigkeit oder ein Gewichtsverlust. Gemäss eigener Einschätzung fühle er sich selbst auch nicht depressiv; dieser Eindruck entspreche ebenfalls demjenigen des Gutachters (AB 96.1 S. 30). Ebenfalls überzeugend sind seine diagnostischen Überlegungen zur Differentialdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (vgl. AB 39 S. 2 Ziff. 1.1, 47 S. 1). Hierzu legte der Gutachter dar, der Versicherte sei prämorbid, d.h. vor 2016, durchaus in der Lage gewesen, sich in Anstellungs- und Unterordnungsverhältnisse (Lehre, Beruf, Militär) einzufügen. Ferner seien keine übermässig häufigen beruflichen Wechsel, keine Häufung von Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten, schulischen und anderen Autoritäten nachweisbar. Auch habe der Beschwerdeführer durchaus auch mit "Niederlagen" Verlusten und Kränkungen umgehen können. Gegen eine massgebliche Persönlichkeitsstörung spreche nicht zuletzt auch sein intaktes privates Umfeld. Auch die heute zusätzlich vorliegenden, vermeidenden Verhaltensauffälligkeiten liessen sich mühelos mit der phobischen Störung einerseits, mit der Somatisierungsstörung sowie mit den erwähnten nicht versicherten Faktoren wie Selbstlimitierung und Dekonditionierung erklären (AB 96.1 S. 30). Die Diagnosestellung des Experten steht überdies weitgehend im Einklang mit der zu Handen der Taggeldversicherung erstellten versicherungsmedizinischen Beurteilung des Dr. med. D. _____ (AB 58.2 S. 27 f. Ziff. 5 und 4). Mit hin sind auf diagnostischer Ebene lediglich geringe Differenzen zwischen der Beurteilung des Experten und jener des Dr. med. D. _____ auszumachen, d.h. keine unauflösbaren Unterschiede oder gar diametralen Widersprüche, die weiterer Abklärungen bedürften. Aus der phobischen

Störung mit sozialer und Agoraphobie (F40.8) leitet der Experte, unter Berücksichtigung der im Rahmen des Mini-ICF-APP Ratings festgestellten Einschränkungen (S. 35 f.) sowie unter Ausklammerung der nicht versicherten Faktoren (Selbstlimitierung, Dekonditionierung), in der bisherigen Tätigkeit – wobei dem Gutachter entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 9) die Umstände seiner Arbeit durchaus bekannt waren (vgl. u.a. AB 96.1 S. 16 Ziff. 3.2.7, S. 19 Ziff. 4.1, S. 28 f. Ziff. 6.1, S. 32 Ziff. 7.1, S. 37 f. Ziff. 7.4.3, insbesondere, dass es ihm schon längere Zeit vor dem besagten Velounfall möglich war, nur zwei Tage im ... und den Rest im ... zu arbeiten; S. 12 Ziff. 3.1) – eine Arbeitsunfähigkeit von 20% (20% reduziertes Pensum, normales Rendement) ab (S. 38 Ziff. 7.4.3 und 8.1), dies ab Januar 2017 (S. 37 Ziff. 7.4.3).

3.4.3 Was der Beschwerdeführer gegen die Expertise des Dr. med. C._____ vorbringt, verfängt nicht und schmälert – wie nachfolgend dargestellt – die Beweiskraft des Gutachtens nicht.

Beschwerdeweise wird geltend gemacht, Dr. med. C._____ habe in einer polemischen Art und Weise die Feststellungen und Würdigungen im Gutachten vorgenommen (Beschwerde S. 4), was auf eine vorbefasste negative Grundhaltung schliessen lasse und gegen die Neutralität des Gutachters spreche (S. 5). Soweit damit Befangenheit des Experten gerügt wird, ist dies mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. April 2020, 8C_828/2019, E. 3.2), wonach Ausstands- und Ablehnungsgründe unverzüglich, d.h. binnen sechs bis sieben Tagen nach erstmaliger Kenntnisnahme durch die versicherte Person geltend zu machen sind, ansonsten das Recht darauf verwirkt ist, verspätet. Der Beschwerdeführer hat erst im Rahmen der Eingabe vom 7. April 2020 (AB 100) – mithin rund drei Monate nach der Untersuchung durch den Gutachter – angegeben, "seine Art war sehr abneigend gegen mich und das gab er mir zu spüren" (S. 7 unten). Auch wurde dem Beschwerdeführer bzw. seiner Rechtsvertreterin bereits mit eingeschriebener Postsendung vom 28. Februar 2020 (AB 98) das Gutachten zugestellt, womit allerspätestens dannzumal eine unverzügliche Geltendmachung von Ausstands- und Befangenheitsgründen hätte erfolgen müssen. Was die monierten Passagen betrifft, war Dr. med. C._____ als medizinischer

Experte im Übrigen nicht gehalten, die beschwerdeführerischen Angaben und gezeigten Verhaltensweisen vorbehaltlos als glaubhaft und authentisch zu akzeptieren. Im Gegenteil war es seine gutachterliche Pflicht, im Rahmen seiner Fachkenntnisse Diskrepanzen zu den Akten sowie den eigenen Wahrnehmungen darzulegen und zu würdigen (Entscheid des BGer vom 17. Februar 2020, 9C_699/2019, E. 3.2). Es ist daher in keiner Art und Weise zu beanstanden, dass der psychiatrische Experte beispielsweise festhielt, die vom Exploranden geklagten, ständig vorhandenen diffusen Schmerzen seien nicht oder kaum erkennbar gewesen, allenfalls dadurch, dass er während der Pause (leicht demonstrativ wirkende) Dehnungs- und Lockerungsübungen gemacht habe (AB 96.1 S. 19 f. Ziff. 4.1; vgl. hierzu auch GABRIELA RIEMER-KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 3. Aufl., 2017, S. 53, wonach Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein sollten).

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, es sei in formeller Hinsicht fragwürdig, dass Dr. med. C._____ nur im Besitz der Akten der vergangenen vier Jahre (seit Juli 2016) gewesen sei (Beschwerde S. 5). Zunächst ist festzuhalten, dass dem Experten das vollständige IV-Dossier vorlag, und nicht bloss ein Teil der Akten. Ferner wird nicht dargetan und ist auch nicht ersichtlich, welche konkreten zusätzlichen Akten der Experte zwingend hätte beiziehen müssen bzw. ihm gefehlt hätten, um seine Schlussfolgerungen ziehen zu können. Abgesehen davon lagen durchaus Dokumente vor, die einen Rückschluss auf weiter zurückliegende Zeiten erlaubten (z.B. Auszug des individuellen Kontos [IK-Auszug; AB 9]), wobei auch zu beachten ist, dass aufgrund der Leistungsanmeldung vom Dezember 2017 (AB 1) primär die Zeit ab Juni 2017 (sechs Monate vor Anmeldung; vgl. Art. 28 Abs. 1 i.V.m. 29 Abs. 1 IVG) für den Rentenanspruch massgebend ist. Dieser Zeitraum ist mit den im Recht liegenden Akten ohne Weiteres abgedeckt.

Ferner bemängelt der Beschwerdeführer, es fehle eine Auseinandersetzung des Gutachters mit der "völlig divergierenden" Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Dr. med. D._____ (Beschwerde S. 5 f.). Auch dieser Einwand ist unbegründet. Dr. med. C._____ hat sowohl eine

ausführliche und differenzierte diagnostische bzw. differentialdiagnostische Diskussion geführt (AB 96.1 S. 27 ff. Ziff. 6) als auch die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen einleuchtend und schlüssig begründet, wobei er sich eingehend mit den von ihm festgestellten Inkonsistenzen bzw. dem subjektiv vollständig aufgehobenen Leistungsvermögen auseinandersetzte (S. 26 Ziff. 4.4. lit. e, S. 27 ff. Ziff. 6.1, S. 31 ff. Ziff. 7.1). Angesichts der überzeugenden Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen war es nicht notwendig, dass sich der psychiatrische Experte noch explizit mit der von Dr. med. D. _____ abgegebenen Arbeitsfähigkeitseinschätzung (AB 58.2 S. 28 f. Ziff. 5) auseinandersetzte, die – wie das angerufene Gericht bereits mit VGE IV/2019/475 (AB 85) feststellte – massgebend auf den subjektiven Beschwerdeangaben beruht, sich in verschiedener Hinsicht unvollständig und widersprüchlich erweist und somit nicht beweiskräftig ist (E. 3.4.3). Ebenfalls bestand kein Anlass, dass sich der Gutachter (spezifisch) mit den Ausführungen in der undatierten und bereits anlässlich des Beschwerdeverfahrens IV/2019/475 eingereichten Stellungnahme der Klinik E. _____ an die Beschwerdegegnerin (AB 78/19) auseinandersetzte. Denn es kann nicht erwartet werden, dass sich der Experte im Rahmen eines Begutachtungsauftrages mit jeder einzelnen abweichenden Auffassung von Berufskollegen explizit auseinandersetzt (Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 3.2.1 i.f.).

Schliesslich schmälert der Umstand, dass Dr. med. C. _____ weder beim behandelnden Psychologen noch der Ehefrau des Beschwerdeführers eine Fremdanamnese eingeholt hat (vgl. Beschwerde S. 7), die Beweiskraft des Gutachtens nicht, weil eine Fremdanamnese weder nach der Rechtsprechung noch den Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016 [www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien]) in jedem Fall zu erheben ist. Vielmehr unterliegt das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (statt vieler: Entscheid des BGer vom 22. August 2019, 9C_286/2019, E. 4.3.2). Der Beschwerdeführer legt denn auch nicht dar, weshalb entgegen dem Experten, der "aufgrund der umfangreichen Arzt- und Therapieberichte" auf die Ein-

holung einer Fremdanamnese verzichtete (AB 96.1 S. 26 Ziff. 5), die Einholung einer solchen unabdingbar gewesen sein sollte.

3.5 Aufgrund des unter E. 3.4 hiavor Dargelegten ist gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 23. Januar 2020 (AB 96.1) erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... einer ... seit Januar 2017 bei vollem Rendement zu 80% arbeits- und leistungsfähig ist (die maximal 20%ige Verminderung der Arbeitsfähigkeit gründet auf dem vermehrten Pausenbedarf). Auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 kann vorliegend verzichtet werden, denn selbst wenn auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 20% aus rechtlicher Optik abgestellt würde, wäre der Versicherte zu keiner Zeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen, weshalb das Wartejahr nicht erfüllt ist und daher kein Rentenanspruch entstehen konnte (vgl. E. 2.2. hiavor). Folglich erübrigt es sich, auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ausführungen hinsichtlich Validen- und Invalideneinkommen einzugehen.

3.6 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 28. April 2020 (AB 102) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 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.

4.2 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]).

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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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