

200 24 457 IV  
KOJ/ZID/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. Oktober 2024**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Mai 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), studierter ... und zuletzt als ... der C.\_\_\_\_\_ tätig (Kündigung am 27. Januar 2023 mit sofortiger Freistellung), meldete sich im Dezember 2023 unter Hinweis auf eine seit 2022 bestehende Depression und Angststörung sowie auf physische Einschränkungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] 1, 13.5; vgl. auch AB 15). Die IVB tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; unter anderem holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 11) mit dem von dieser zur Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit veranlassenen Bericht des Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2023 (AB 11.4) ein und konsultierte den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht vom 15. Februar 2024 [AB 20/4 f.]). Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2024 stellte sie die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht (AB 21). Nach dagegen erhobenen Einwand (AB 30, 32) verfügte sie am 24. Mai 2024 (AB 34) wie angekündigt.

### **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, wie schon im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 26. Juni 2024 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zum Abwarten des weiteren Gesundheitsverlaufs und anschliessendem Neuentscheid bezüglich Leistungsberechtigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juli 2024 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 24. Mai 2024 (AB 34). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen 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.**

**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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). 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).

**2.2.1** 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 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).

**2.2.2** 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 (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

**2.2.3** 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).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dau-

erhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49).

**2.3** 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). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen sind insbesondere das Alter (lit. a), der Entwicklungsstand (lit. b), die Fähigkeiten der versicherten Person (lit. c) und die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens (lit. d) zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

**2.4** 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

**2.5** Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen ha-

ben. 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte anfänglich (Bericht vom 4. April 2023) nebst krankheitsfremden (arbeitsplatzbezogenen) Faktoren eine reaktive depressive Verstimmung und Schlafstörungen (AB 11.5/12 Ziff. 1) und ging von einer Arbeitsunfähigkeit ab 8. März 2023 aus (AB 11.5/12 f.), welche er in der Folge bis 30. April 2023 verlängerte (AB 11.5/11; vgl. auch AB 11.1/18).

Eine weitere Arbeitsunfähigkeit ab 17. Juli 2023 – nunmehr aufgrund einer mittelgradigen Depression und Angststörung mit Somatisierung, reaktiv nach Stellenverlust im Januar 2023 aufgetreten und mit protrahiertem Verlauf (nebst krankheitsfremden [arbeitsplatzbezogenen] Faktoren) – attestierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in den Berichten vom 20. Juli, 29. September und 6. November 2023 (AB 11.5/9, /6 f. und /2 f.; vgl. auch AB 11.5/8, /4 f. und /1).

**3.1.2** Der beratende Arzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in der Stellungnahme vom 19. November 2023 keine valide Diagnose stellen. Wahrscheinlich liege keine Depression vor, sondern eine Anpassungsstörung infolge Verlusts der Arbeitsstelle mit protrahiertem Verlauf aufgrund krankheitsfremder Faktoren (erfolglose Stellensuche bei fortgeschrittenem Erwerbsalter) und/oder ein ängstliches Syndrom. Sollte doch eine Depression vorliegen, wäre diese nicht leitliniengerecht behandelt, da die Medika-

tion mit Venlafaxin 75 mg völlig unterdosiert sei. Die Arbeitsfähigkeit könne anhand der vorliegenden Berichte nicht eingeschätzt werden, weil Angaben zum Leistungsvermögen bezüglich Alltag, Freizeit, sozialen Kontakten, Autofahren etc. fehlten (AB 11.3).

**3.1.3** Aus diesem Grund (vgl. AB 11.1/7 f.) untersuchte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 14. Dezember 2023. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung gestellten Unterlagen, der ausführlichen Angaben des Beschwerdeführers und des klinischen Gesamteindrucks liess sich seinen Ausführungen zufolge zum Untersuchungszeitpunkt ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine gedrückte Grundstimmung, eine Reduktion von Energie und Antrieb, Ein- und Durchschlafstörungen, ein Gedankenkreisen, eine Verunsicherung, eine Nachdenklichkeit, ein etwas reduziertes Selbstwertgefühl, ein verlangsamtes und eingegengtes sowie zeitweise etwas weitschweifiges formales Denken, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, eine Nachdenklichkeit, eine Appetitminderung und eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit gewesen. Die Freudfähigkeit sei erhalten und der Beschwerdeführer nehme Verpflichtungen wahr (120 Bewerbungen in den vergangenen Monaten, daraus resultierende Assessments und Hearings) und gehe durchaus Interessen und Hobbies (Yoga und Fitnesscenter; Treffen mit Freunden und Kollegen) nach; es bestehe kein Anhalt für einen sozialen Rückzug. Es bestünden keine Anhaltspunkte für frühere depressive Phasen. Diagnostisch sei von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auszugehen. Das depressive Zustandsbild habe sich im Verlauf und unter der etablierten psychotherapeutischen und medikamentös-antidepressiven Behandlung gebessert. Darüber hinaus zeigten sich gewisse Hinweise für zwangshafte Persönlichkeitsanteile. Die zusätzlich geklagten Arbeitsplatzfaktoren seien bei der versicherungspsychiatrischen diagnostischen Beurteilung und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Aktuell bestehe in Bezug auf die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % mit ungewissem Verlauf, doch sollte unter Umsetzung der für den Beschwerdeführer zumutbaren therapeutischen Massnahmen die Arbeitsfähigkeit in den nächsten drei bis fünf Monaten wiederhergestellt sein. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung

sollte weitergeführt und die medikamentöse antidepressive Behandlung ausgebaut werden (AB 11.4).

**3.1.4** Der den Beschwerdeführer seit Mai 2023 psychotherapeutisch behandelnde lic. phil. G.\_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 6. Februar 2024 einem protrahierten Verlauf fest und ging nicht davon aus, dass in nächster Zeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Im Jahr 2022 aufgetretene psychosoziale Belastungen (familiär und beruflich) hätten die vorbestehenden gesundheitlichen Schwierigkeiten (Migräne, anhaltende/r Prostatitis und Tinnitus) akzentuiert. Es hätten sich starke Schlafstörungen und ein depressives Zustandsbild entwickelt. Die psychische Dekompensation in Form einer mittelgradigen Depression und Angststörung mit Somatisierung sei auf die Kündigung der Arbeitsstelle im Januar 2023 hin erfolgt (AB 17/2).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Anästhesiologie, verneinte im Bericht vom 15. Februar 2024 das Vorliegen eines Gesundheitsschadens mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die plausibel beschriebene depressive Symptomatik sei beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Konflikt am Arbeitsplatz und der Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle zu sehen und werde durch den bisher nicht erfolgreichen Bewerbungsprozess aufrechterhalten. Die depressive Symptomatik im Rahmen der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) führe beim Beschwerdeführer zu einer bloss vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung des Aktivitätsniveaus sei eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und medizinisch nicht ausreichend begründet. Wie schon von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aufgezeigt, sollte dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Verlaufs der depressiven Episode und des aktuellen Aktivitätsniveaus sowie des Werdegangs und seiner Ressourcen die angestammte (wie auch eine angepasste) Tätigkeit wieder zumutbar sein (AB 20/4 f.).

**3.1.6** Nach Verfügungserlass (vgl. AB 34) führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 30. Mai 2024 zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen beständen beim Beschwerdeführer weiterhin die bekannten depressiven Symptome und Ängste (vor

allem die Zukunft betreffend). Bei der Einschätzung des Gutachters (vgl. E. 3.1.3 hiervor) handle es sich um eine reine Prognose, die sich bei optimalem Verlauf als richtig hätte herausstellen können, doch liege es in der Natur der Sache, dass sich Prognosen nicht immer erfüllen. Der Beschwerdeführer vertrage Medikamente schlecht, weshalb die Dosis der antidepressiven Medikation nicht weiter erhöht worden sei. Ob eine Erhöhung dieser Medikation einen anderen Verlauf zur Folge gehabt hätte, sei reine Spekulation (Beschwerdebeilage [BB] 1).

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44

ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

**3.3** Die Ausführungen des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 11.4) überzeugen grundsätzlich und insbesondere in diagnostischer Hinsicht, was auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt wird (vgl. Beschwerde, S. 4 Mitte und unten). Ebenso wird die Diagnose von der RAD-Ärztin bestätigt (AB 20/4). Dabei blieben die zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren (Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle, Konflikt mit dem ehemaligen Arbeitgeber, erfolgloser Bewerbungsprozess) bei der versicherungspsychiatrischen diagnostischen Beurteilung und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu Recht unberücksichtigt. Auszugehen ist somit von einer – fachärztlich einwandfrei diagnostizierten (vgl. E. 2.2.1 hiervor) – mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), liegen doch in Bezug auf die Diagnosestellung nicht ansatzweise komplett widersprechende (vgl. aber Beschwerde, S. 4 Mitte) ärztliche Einschätzungen vor. Mangels Aggravation (Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zufolge versuche der Beschwerdeführer eher, Symptome und Beschwerden etwas zu dissimulieren [AB 11.4/5]) ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht von vornherein zu verneinen (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

**3.4** Zu prüfen ist damit, ob die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren überwiegend wahrscheinlich erstellt sind (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

**3.4.1** In allen Fällen ist durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, wie sie in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft – und auch vorliegendenfalls – im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders – Durchführungsstelle oder Gericht – Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54).

Es ist in diesem Zusammenhang zu betonen, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist, ergibt sich aus dem funktionellen Schweregrad einer Störung. Dieser bzw. die betreffende Kategorie ("funktioneller Schweregrad") überschneidet sich dabei teilweise mit den fachärztlichen Angaben zur Diagnosestellung. Auch bei als schwer bezeichneten psychischen Leiden lässt sich daher nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung schliessen. Hingegen kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein. Es ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 54 f.; vgl. auch E. 2.2.3 hiervor).

**3.4.2** Im vorliegend zu beurteilenden Fall bescheinigte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode (AB 11.4/5). Nachfolgend ist anhand der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, ob der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit erbracht ist.

Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kann nicht als schwer bezeichnet werden, da im Rahmen der Untersuchung abgesehen von der Testdiagnostik nebst unauffälligen Befunden bloss eher leichte Einschränkungen (AB 11.4/4 f.) konstatiert worden sind. Allein die Ergebnisse des Mini-ICF-APP-Ratings (Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) wiederzugeben (vgl. AB 11.4/6), reicht für eine hinreichende und nachvollziehbare Begründung der Arbeitsunfähigkeits-

schätzung jedenfalls nicht aus. Mit Blick darauf, dass unter Umsetzung der für den Beschwerdeführer zumutbaren therapeutischen Massnahmen – Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung und Erhöhung der medikamentösen antidepressiven Therapie – die Arbeitsfähigkeit innerhalb von ein paar Monaten wiederhergestellt sein sollte (AB 11.4/6 Mitte und /7 oben), erscheinen die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft und ist eine Behandlungsresistenz zu verneinen. In Anbetracht des eben aufgezeigten therapeutischen Potentials ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Aufgrund der Akten ergeben sich sodann keine Hinweise auf allfällige Wechselwirkungen zwischen der Depression und einer anderen (auch somatischen) Diagnose. Betreffend den Komplex Persönlichkeit wurden zwar gewisse Hinweise für zwanghafte Persönlichkeitsanteile festgestellt (AB 11.4/5 unten), indessen wurde keine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung diagnostiziert. Es besteht kein Anhalt für einen sozialen Rückzug (AB 11.4/5 Mitte). Bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur hat, Bewerbungen schreibt und daraus resultierende Assessments und Hearings wahrnimmt sowie auch Interessen nachgeht (AB 11.4/3 und /5). Insbesondere mit Blick auf diesen Indikator verneinte denn auch die RAD-Ärztin im Bericht vom 15. Februar 2024 eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit (AB 20/4). Was den Leidensdruck anbelangt, ist unter Hinweis auf die aufgenommene psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung zwar ein gewisser Leidensdruck ausgewiesen, wobei angesichts eben dieser Behandlung innert relativ kurzer Frist auch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden sollte. Im Ergebnis fehlt es damit an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse. Gewichtige Gründe, welche dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung schliessen lassen könnten (vgl. E. 3.4.1 zweiter Abschnitt hiervor), sind nicht gegeben.

**3.4.3** In der Gesamtbetrachtung sind keine sachverhaltlichen Faktoren auszumachen, die vorliegend ein Abweichen vom höchstrichterlichen Grundsatz zur Beurteilung von leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen nach BGE 148 V 49 gebieten bzw. erlauben würden. Vor die-

sem Hintergrund kann der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit (AB 11.4) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden. Es besteht keine massgebliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit und damit keine rentenbegründende Invalidität, dies unabhängig davon, ob die von den psychiatrischen Fachpersonen angenommene Verbesserung mit Wiedererreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers musste denn auch die Beschwerdegegnerin den weiteren Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung nicht abwarten, da hinsichtlich beruflicher Massnahmen oder einer Rente der IV (vgl. Beschwerde, S. 5 unten) die Entstehung des Leistungsanspruchs nicht davon abhängt, ob das betreffende Leiden stabil oder zumindest relativ stabilisiert ist (betreffend Rente vgl. BGE 127 V 294 E. 4b.bb S. 297; massgebend ist vielmehr der Eintritt der leistungsspezifischen Invalidität [BGE 137 V 417 E. 2.2.3 S. 422, 130 V 343 E. 3.3.2 S. 348]). Die entsprechenden Voraussetzungen sind hier nach dem oben Erwähnten nicht erfüllt.

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen (aktuellen) Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint und die beantragte Rückweisung der Sache erübrigt sich. Die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2024 (AB 34) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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 in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Es 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.