

200 14 1040 IV  
SCI/SAW/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Juni 2015**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. September 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 4. Dezember 2012 unter Hinweis auf eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). In der Folge führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische sowie erwerbliche Erhebungen durch und holte dabei auch die Akten des Krankentaggeldversicherers, beinhaltend u.a. einen Arztbericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (act. II 7.4), ein. Im Weiteren gewährte die IVB mit Mitteilung vom 31. Mai 2013 (act. II 27) Beratung und Unterstützung für berufliche Massnahmen und am 16. August 2013 (act. II 39) Frühinterventionsmassnahmen in Form der Eingliederungsberatung. Ferner veranlasste sie bei der MEDAS D. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: MEDAS D. \_\_\_\_\_), ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. Expertise vom 16. Juni 2014, act. II 56.1).

Mit Mitteilung vom 18. Juli 2014 (act. II 62) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen aufgrund mangelnder subjektiver Eingliederungsfähigkeit des Versicherten ab. Mit Verfügung vom 29. September 2014 (act. II 71) lehnte sie zudem – wie im Vorbescheid vom 28. Juli 2014 (act. II 65) angekündigt – das Begehren um Leistungen der IV umfassend ab. Zur Begründung gab sie an, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor; in einer körperlich leichten bis schweren Tätigkeit bestehe unter Voraussetzung einer fehlenden Selbst- und Fremdgefährdung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit stehe im Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren und sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant.

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Oktober 2014 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die IV-Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. September 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei aufzufordern, die Abklärung und Berechnung des Invaliditätsgrades erneut durchzuführen.
2. Die IV-Stelle Bern sei aufzufordern, beim Festlegen der zeitlichen Präsenz einer Erwerbsarbeit die Ergebnisse der praktischen Erprobung sowie die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ergänzend zum MEDAS-Gutachten zu berücksichtigen.

Mit Schreiben vom 12. November 2014 ersuchte der Beschwerdeführer um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege. Mit Eingabe vom 24. November 2014 ergänzte er das Gesuch (vgl. prozessleitende Verfügung vom 13. November 2014; Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1 ff.)

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 9. Januar 2015 wurde der Beschwerdeführer durch den Instruktionsrichter darauf hingewiesen, dass er gemäss den eingereichten Unterlagen bei seiner Krankenversicherung über eine kostenlose Gesundheitsrechtsschutzversicherung verfüge und damit die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege nicht erfüllt sein dürften, womit das Gesuch abzuweisen wäre. Nachdem sich der Beschwerdeführer diesbezüglich in der Folge nicht mehr vernehmen liess, wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Verfügung vom 28. Januar 2015 ab. Der gleichzeitig einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wurde daraufhin fristgerecht geleistet.

Mit Schreiben vom 12. Februar 2015 teilte Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ mit, dass er mit der Wahrung der Interessen des Beschwerdeführers beauftragt worden sei. Er nahm Einsicht in die Akten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. März 2015 wurden Schriftenwechsel und Beweisverfahren geschlossen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 29. September 2014 (act. II 71), mit welcher das Leistungsbegehren abgewiesen wurde. Der Beschwerdeführer beantragt deren Aufhebung und die Rückweisung zur Neuberechnung des Invaliditätsgrades.

**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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.2.2** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisie-

rende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2).

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

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### 3.

**3.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 6. November 2012 (act. II 7.4) diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) ohne psychotische Symptome, eine Klaustrophobie (ICD-10 F40.2) und eine narzisstische Persönlichkeit (ICD-10 F60.8). In ihrer ambulanten Behandlung seien bisher zwei Themenkreise stark im Vordergrund gestanden: Zum einen der chronische Paarkonflikt mit der Ehefrau mit einer tiefgreifenden Kommunikationsstörung in der Paarbeziehung sowie einer durch Kränkungen auf der Seite des Patienten blockierten Problemlösung. Zum anderen die Probleme, die sich seit Mitte 2011 am Arbeitsplatz des Patienten eingestellt hätten. Am 14. Juni 2012 sei aufgrund der sich immer stärker ausbildenden Symptomatik mit Konzentrationsstörung, Ängsten, Schlafstörungen und depressiver Konfliktverarbeitung eine weitere Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben gewesen. Derzeit verunmöglichten eine komplette Überforderung mit den vorgenannten Problemen sowie die depressive Symptomatik mit Antriebsstörungen, Konzentrations- und Denkstörungen die Problembewältigung und eine Wiederaufnahme der Arbeit.

Im Verlaufsbericht vom 10. April 2013 (act. II 20 S. 4 f.) gab Dr. med. C.\_\_\_\_\_ an, hinsichtlich der depressiven Symptomatik habe sich unter der Psychopharmakotherapie eine gewisse Besserung eingestellt. Die Antriebsminderung und die Konzentrationsstörung seien deutlich weniger ausgeprägt; weiterhin bestehe eine spürbare Einschränkung der Grundstimmung sowie ein reduziertes Freudeempfinden und eine gewisse Interessenlosigkeit. Die Hartnäckigkeit dieser Symptomatik sei u.a. auch auf die schwerwiegende psychosoziale Belastung des Patienten zurückzuführen. Mittlerweile habe sich die Ehefrau zur Trennung entschieden und werde mit den drei gemeinsamen Kindern nach ... auswandern. Durch den Arbeitsplatzverlust und die Trennung fühle sich der Patient stark gekränkt. Um einer Chronifizierung und Dekonditionierung vorzubeugen, sei es an der Zeit, den Patienten einer Eingliederungsmassnahme zuzuführen. Dabei schlug Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ein Arbeitstraining mit dem Ziel, eine 50%-ige

Arbeitstätigkeit und danach eine weitere Steigerung nach Möglichkeiten zu erreichen, vor. Im Bericht vom 7. Mai 2013 (act. II 23) attestierte sie ab dem 13. Dezember 2011 bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und bestätigte im Übrigen die bisherigen Angaben.

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 9. Juni 2013 (act. II 28 S. 7) aus, seit Behandlungsbeginn im Jahr 2001 bei ihm seien insbesondere initial wiederholte urologische Konsilien und spezialärztliche Beurteilungen und Behandlungen immer aufgrund einer seit Jahren bestehenden Prostata-Urethritis mit Pollakisurie und Dyspareunie aufgefallen. Dabei sei eine relevante psychosomatische Komponente besonders hinsichtlich der Dyspareunie mehrmals diagnostiziert worden (S. 7 Ziff. 1.1.1). Der Patient sei deshalb bei mehreren Psychiatern in Behandlung gewesen. Arbeitslimitierend sei die psychiatrische Diagnose von Dr. med. C. \_\_\_\_\_. Die übrigen Diagnosen und Behandlungen, so u.a. das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades, die Adipositas II, die atopische Diathese mit Birkenpollenallergie und oralem Allergiesyndrom auf Äpfel, Birnen, Aprikosen und Nektarinen, die unklare Sehstörung rechts vom 29. September 2008 sowie das chronische Cervikobrachialsyndrom rechts, seien summarisch nicht zur Arbeitsunfähigkeit führend. Die bisherige Tätigkeit sei aufgrund der psychischen, psychosozial-psychosomatischen Belastungen sistiert worden und nicht wegen der somatischen Befunde (S. 8).

**3.1.3** Das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2014 (act. II 56.1) basiert auf einer allgemeininternistischen Untersuchung sowie auf den Fachgutachten in den Bereichen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Ophthalmologie, Otorhinolaryngologie, Pneumologie und Urologie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 35 f. Ziff. 5):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Nacken-, Schulter-, Ellbogen- und Handbeschwerden rechts (ICD-10 M54.2/M79.60/Z98.8)
- Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.3)

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
- Ejaculatio praecox (ICD-10 F52.4)
- Status nach Revision und Schraubenarthrodese des Interphalangealgelenkes der rechten Grosszehe am 22. Januar 2003 (ICD-10 Z98.8)
- Anamnestisch Status nach zweimaligem Knieeingriff links bei Seitenband- und Meniskusläsion vor etwa sechs Jahren (ICD-10 Z98.8)
- Chronisch intermittierender Knieschmerz rechts (ICD-10 M79.66)
- Sehstörung beidseits (ICD-10 H53.0)
- Anamnestisch Birkenpollenallergie und orales Allergiesyndrom auf Äpfel, Birnen, Aprikosen und Nektarinen
- Status nach Nikotinabusus ca. 25 py (ICD-10 F17.7)
- Chronifizierte Schmerzen im Bereich der Harnröhre und bei der Ejakulation mit/bei chronischer Prostatitis, differenzialdiagnostisch (DD) Beckenbodenschmerzsyndrom (ICD-10 N41.1)

Aus allgemeininternistischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als medizinische Massnahme wurde dem Explorand jedoch eine substanzielle Gewichtsreduktion nahegelegt (S. 10 Ziff. 3.4, 3.7). Auch in neurologischer Hinsicht konnte aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 24 f. Ziff. 4.3.2 ff.).

Auf orthopädischer Ebene seien insbesondere diffuse rechtsseitige Druckdolenzen im Bereich des Nackens, der Schulter und der gesamten oberen Extremität aufgefallen. Radiologische Bilddokumente lägen keine vor, wobei in Anbetracht des klinisch objektiv weitgehend blanden Befundes auch weiterhin auf solche verzichtet werde. Die gesamte anamnestische und klinische Präsentation lasse eher an eine klar im Vordergrund stehende nicht organische Beschwerdekomponekte denken (S. 21 Ziff. 4.2.4). Für körperlich leichte bis schwere Verrichtungen existiere aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 4.2.5).

Die ophthalmologische Untersuchung ergab an beiden Augen eine chronische Benetzungstörung, die eine geringe Sehschärfeminderung und die Symptome „Fremdkörpergefühl in den Augen“ verursache. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit existiere jedoch nicht (S. 27 Ziff. 4.4.4 f.).

In Anbetracht des nicht therapierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms bestehe aus otorhinolaryngologischer und pneumologischer Sicht qualitativ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das berufsmässige ... sei für den Exploranden nicht geeignet. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkung bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 4.5.6; S. 32 Ziff. 4.6.5).

Im Rahmen der urologischen Beurteilung wurde ausgeführt, es liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Aufgrund der langjährigen urologischen Diagnosen des Exploranden müsse jedoch berücksichtigt werden, dass wenn es wieder zu einer Verschlechterung der Symptome komme, eine Arbeitsunfähigkeit partiell vertretbar sei (S. 34 Ziff. 4.7.5).

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte aus, der Explorand habe in der Kindheit und Jugendzeit zu wenig Unterstützung und Geborgenheit erhalten, um ein stabiles Selbstwertgefühl ausbilden zu können. Der Explorand fühle sich minderwertig, traue sich wenig zu und verfüge über ein geringes Selbstwertgefühl. Die geklagten somatischen Beschwerden seien durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbar, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Beschwerden seien auf dem Hintergrund der jahrelangen sexuellen und auch ehelichen Schwierigkeiten zu sehen. Die Belastungen am Arbeitsplatz und die ehelichen Schwierigkeiten hätten zu einer depressiven Entwicklung geführt. Der Explorand leide trotz hochdosierter Neuroleptika-Therapie unter Schlafstörungen (S. 15 f. Ziff. 4.1.4). Im Weiteren legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ dar, aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Stimmung sei leichtgradig herabgesetzt; der Explorand sei enttäuscht über das Scheitern seiner Ehe und leide unter der Trennung von seinen Kindern. Eine mittelgradige oder schwere depressive Störung liege aber nicht vor. Der Explorand versorge seinen Haushalt nach wie vor selbstständig, unternehme täglich ausgedehnte Spaziergänge und suche täglich Lokale auf,

wo er sich mit den Landsleuten treffe. Auch die Somatisierungsstörung und die narzisstische Neurose begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Trotz der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur sei der Explorand während Jahren in der Lage gewesen, regelmässig einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Zudem bestehe weder eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung, noch ein sozialer Rückzug. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich mit der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Exploranden zusammen. Hinweise auf einen unbewussten Konflikt resp. auf einen primären Krankheitsgewinn seien ebenfalls nicht vorhanden. Daher könne dem Exploranden zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 16 f. Ziff. 4.1.5).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, für körperlich leichte bis schwere Tätigkeiten bestehe unter der Voraussetzung fehlender selbst- und fremdgefährdender Arbeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Retrospektiv habe für die Zeit von Juni 2012 bis April 2013 aufgrund der psychiatrischen Problematik eine volle Arbeitsunfähigkeit und von April 2013 bis zur aktuellen Untersuchung (Dezember 2013) eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vorgelegen (S. 37 Ziff. 6.2 f).

**3.2** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

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 Situa-

tion 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 29. September 2014 (act. II 71) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2014 (act. II 56.1) gestützt. Dieses erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen sind für die streitigen Belange umfassend und in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind zudem einleuchtend und überzeugen. Insbesondere haben die Gutachter ausführlich und schlüssig dargelegt, dass für körperlich leichte bis schwere Tätigkeiten unter Voraussetzung fehlender selbst- und fremdgefährdender Arbeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% vorliegt. Im Weiteren steht das MEDAS-Gutachten im Einklang mit der Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2013 (act. II 28 S. 7) und wird grundsätzlich durch die Berichte der behandelnden Ärzte gestützt (act. II 28 S. 10 ff.). Divergierende medizinische Berichte, die geeignet wären, die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen im MEDAS-Gutachten zu erschüttern, liegen nicht vor, zumal die Gutachter zu allfälligen Diskrepanzen ausführlich und überzeugend Stellung genommen haben (act. II 56.1 S. 17 Ziff. 4.1.8; S. 22 Ziff. 4.2.8; S. 25 Ziff. 4.3.4). Auf das MEDAS-Gutachten ist demzufolge ohne weiteres abzustellen.

**3.3.2** Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, ergänzend zum MEDAS-Gutachten sei die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu berücksichtigen (Beschwerde S. 1, Antrag Ziff. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn Dr. med. F. \_\_\_\_\_ legte im psychiatrischen Fachgutachten einleuchtend und schlüssig dar, dass sich das depressive Zustandsbild wesentlich ge-

bessert hat und spätestens seit der MEDAS-Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden könne. Zudem schränke die narzisstische Persönlichkeitsstörung die Arbeitsfähigkeit nicht ein und eine eigenständige Klaustrophobie sei nicht zu diagnostizieren. Letzteres begründete er damit, dass die Angst vor engen Räumen sehr geringgradig ausgeprägt sei und den Exploranden nicht daran hindere, täglich Lokale aufzusuchen und sich während Stunden darin aufzuhalten (act. 56.1 S. 17 f. Ziff. 4.1.8). Ferner ist festzustellen, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 25. August 2014 (act. II 68) um Zustellung des MEDAS-Gutachtens ersucht hatte und daraufhin die gesamten Akten ausgehändigt bekam (act. II 69), in der Folge jedoch keine Stellungnahme mehr einreichte.

**3.3.3** Gestützt auf das Dargelegte steht fest, dass aus rein medizinischer Sicht spätestens ab der MEDAS-Begutachtung keine massgebliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer ..., wie sie der Beschwerdeführer früher ausgeübt hat (act. II 56.1 S. 8 f. Ziff. 3.1.2), mehr besteht.

Die Beschwerdegegnerin hat zudem in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht darauf hingewiesen, dass der über das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) hinausgehend attestierten Arbeitsunfähigkeit (ab 14. Juni 2012 bis April 2013 100% [act. II 7.4 f.] und ab April 2013 bis zur MEDAS-Untersuchung im Dezember 2013 50% [act. II 20 S. 4]) invalidenversicherungsrechtlich keine Bedeutung zukommt und damit auch kein Anspruch auf eine befristete Rente besteht. Denn gemäss der Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 56.1 S. 16), die mit den Berichten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2012 (act. II 7.4) und vom 10. April 2013 (act. II 20 S. 4) im Einklang steht, war die depressive Symptomatik reaktiv, d.h. Folge der psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzprobleme, Scheitern der Ehe und Trennung von den Kindern). Da psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, keine psychiatrisch eigenständige Ätiologie haben, bleiben sie invalidenversicherungsrechtlich unerheblich (vgl. E. 2.2.2 hiervor). In diesem Sinne ist denn auch nachvollziehbar, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 10. April 2013, act. II 20 S. 4) die

Aufnahme einer Tätigkeit gar als Therapieoption bezeichnete. Mit der Arbeitsaufnahme kann einer Chronifizierung und Dekonditionierung vorgebeugt und die Selbstwertproblematik positiv beeinflusst werden. Dass es dem Beschwerdeführer, der gemäss seinen Aussagen morgens und nachmittags längere Spaziergänge macht, das alltägliche Leben ohne weiteres meistert und sich jeweils stundenlang in geselligem Rahmen aufhalten kann (act. II 56.1 S. 13 f.), aus gesundheitlichen Gründen unmöglich sein sollte einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist damit widerlegt (vgl. dazu auch E. 3.3.1 f. hiervor).

**3.3.4** Nichts daran ändert, dass der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin berücksichtige nur die Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht und könne sich auf keine praktischen Abklärungen abstützen (Beschwerde S. 2). Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass es Sache des (begutachtenden) Mediziners ist, die Befunde zu erheben, den Gesundheitszustand zu beurteilen und gestützt darauf die Diagnosen zu nennen. Im Weiteren nehmen die Ärzte zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie geben eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründen. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.).

Wenn wie im vorliegenden Fall eine invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Invalidität bereits nach Klärung der medizinischen Sachlage ausgeschlossen ist, bedarf es keiner weitergehenden praktischen Abklärungen. Zumal solche Abklärungen wesentlich von der subjektiven Leistungsbereitschaft abhängen, die hier gerade nicht gegeben ist. Die Beschwerdegegnerin hatte berufliche Massnahmen gewährt (act. II 27), der Beschwerdeführer fühlte sich jedoch entgegen der medizinisch erstellten Sachlage nicht bereit für den beruflichen Wiedereinstieg bzw. erklärte sich subjektiv ausser Stande, aktiv an einer Massnahme teilzunehmen (act. II 30 S. 1 f.). Diese Auffassung bestätigte er auch während der MEDAS-Begutachtung (act. II 56.1 S. 9 Ziff. 3.1.4; S. 38 Ziff. 6.4).

**3.3.5** Die Beschwerdegegnerin hat unter diesen Umständen zu Recht auf einen fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschaden geschlossen und den Anspruch auf eine IV-Rente verneint.

**3.4** Nachdem der Beschwerdeführer konstant zum Ausdruck gebracht hat, sich keine Erwerbstätigkeit vorstellen zu können (act. II 26 S. 1; 30 S. 2; 56.1 S. 9 Ziff. 3.1.4, S. 17 Ziff. 4.1.7) und Bemühungen der Beschwerdegegnerin in dieser Richtung (act. II 27, 39) an der subjektiven Überzeugung der Leistungsunfähigkeit des Beschwerdeführers gescheitert sind, ist nicht zu beanstanden, dass die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 18. Juli 2014 (act. II 62) abgeschlossen wurden und die Beschwerdegegnerin nach Vorbescheid vom 28. Juli 2014 (act. II 65) mit Verfügung vom 29. September 2014 (act. II 71) die Leistungen der IV umfassend abgelehnt hat.

**3.5** Nach dem Ausgeführten ist die angefochtene Verfügung vom 29. September 2014 (act. II 71) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

#### **4.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, 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).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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