

200 14 1043 IV  
KOJ/JAP/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. April 2015**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Jakob

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Oktober 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 7. September 2011 unter Hinweis auf ein «Burn-out» und Tagesschläfrigkeit bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1), welche einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 30. April 2012 (AB 12) verneinte.

### **B.**

Nachdem sich der Versicherte am 5. April 2013 erneut bei der IVB angemeldet (AB 13) und diese mit Vorbescheid vom 20. August 2013 (AB 29) wegen einer fehlenden wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes zunächst eine Leistungsablehnung in Aussicht gestellt hatte (AB 29), liess sie ihn durch die MEDAS polydisziplinär begutachten (AB 56.1-56.7). In der Folge annullierte die IVB den Vorbescheid (AB 29) und ersetzte ihn mit einem solchen vom 25. August 2014 (AB 60), in welchem sie mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abermals die Abweisung des Leistungsbegehrens ankündigte. Nach erhobenem Einwand (AB 63) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Oktober 2014 (AB 65) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

### **C.**

Mit Eingabe vom 30. Oktober 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei ab 1. Oktober 2013 eine halbe Invalidenrente auszurichten; sinngemäss ersuchte er zudem um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 7. Oktober 2014 (AB 65). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Invalidenrente sowie auf Massnahmen beruflicher Art.

**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). 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).

**2.3** 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** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### 3.

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder andere Dauerleistungen gilt es somit zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2012 (AB 12) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2014 (AB 65) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hievor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** Die rechtskräftige Verfügung vom 30. April 2012 (AB 12) basierte in medizinischer Hinsicht auf den Berichten der behandelnden Ärzte.

**3.2.1** Der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 2. Oktober 2011 (AB 8) hauptsächlich einen Status nach Erschöpfungsdepression (ICD-10: F 32.11) sowie ein Schlafapnoe-Syndrom. Er verwies auf beigelegte Konsiliarberichte und gab an, während der Hospitalisation in der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 21. September 2010 bis 14. Dezember 2011 (richtig: 2010) habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

**3.2.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vermerkte im undatierten (am 17. Oktober 2011 eingelangten) Bericht (AB 9) eine mittelgradige depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie eine Schlafstörung bzw. extreme Tagesmüdigkeit, die im Schlaflabor abgeklärt werde. Er beschrieb eine durch rasche Ermüdbarkeit, Schlafstörung und Tagesschläfrigkeit quantitativ ein-

geschränkte Leistungsfähigkeit und attestierte ab 25. August 2010 eine vollständige bzw. ab 1. Juni 2011 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit.

Im Verlaufsbericht vom 4. Februar 2012 (AB 10) erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, nach einer weiteren depressiven Schwankung mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 31. Oktober bis 31. Dezember 2011 habe der Beschwerdeführer anfangs 2012 eine Arbeitsstelle mit einem Vollpensum aufgenommen; diagnostisch ging der Psychiater nunmehr von einem *Status nach* mittelgradiger Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) aus.

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2014 (AB 65) stützt sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die Erkenntnisse aus der polydisziplinären (psychiatrischen, neurologischen, orthopädischen/traumatologischen, internistischen, pneumologischen sowie neuropsychologischen) MEDAS-Expertise vom 18. Juli 2014 (AB 56.1). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde darin eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), mit Ermüdbarkeit sowie Erschöpfung aufgeführt. Sowohl für die angestammte als auch für eine Verweisungstätigkeit bescheinigten die Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit «in der Grössenordnung» von 50 % (viereinhalb Stunden täglich) ohne Leistungsminderung bzw. mit 20 % zusätzlich geminderter Leistungsfähigkeit für eine Leitungsfunktion. Zumutbar seien Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Nachtarbeitsbedingungen, möglichst ohne Wechselschicht und möglichst ohne Vorgesetztenfunktion; besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit seien zu vermeiden, Teamfähigkeit liege aber durchaus vor.

**3.4** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4.1** 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 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

**3.4.2** 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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. 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).



### 3.5

**3.5.1** Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, ergeben sich anhand der medizinischen Aktenlage keine Anhaltspunkte für eine relevante Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, was auch der Beschwerdeführer anzuerkennen scheint (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. IV Art. 1). Insbesondere erachtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Pneumologie FMH, das von den behandelnden Ärzten und der neurologischen Gutachterin (differentialdiagnostisch) in Betracht gezogene Schlafapnoe-Syndrom als Ursache für die Tagesschläfrigkeit als unwahrscheinlich (AB 56.5/6 Ziff. 4). Überdies wäre ein Schlafapnoe-Syndrom ohne weiteres therapierbar (vgl. MATTHYS/SEEGER, Klinische Pneumologie, 4. Aufl. 2008, S. 619 f. Ziff. 14.4.5), was auch für das von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, diagnostizierte Restless-Legs-Syndrom gilt (vgl. CLAUDIA TRENKWALDER, Restless Legs Syndrom, Klinik, Differentialdiagnose, Neurophysiologie, Therapie, 1998, S. 114 ff.; FRANK BLOCK, Praxisbuch neurologische Pharmakotherapie, 2. Aufl. 2013, S. 83 f.). Die neurologische Gutachterin leitete aus diesem Syndrom per se denn auch keine Arbeitsunfähigkeit ab; sie interpretierte die erhöhte Ermüdbarkeit (auch) im Rahmen der psychischen Probleme und ging – bei Vermeidung von Nacht- und Schichtdiensten – von einer 100%igen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit aus (AB 56.3/5 Ziff. 5).

**3.5.2** Die attestierte Arbeitsunfähigkeit wurde hauptsächlich mit der durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten psychischen Beeinträchtigung (AB 56.2/8 Ziff. 4) begründet, welcher auch die von Dr. phil. H.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, festgestellten leichten kognitiven Defizite (AB 56.6/6 f. Ziff. III) einbezog (AB 56.2/7 f. Ziff. 3).

Die fachpsychiatrische Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ erfolgte unter Berücksichtigung der vollständigen Anamnese sowie der Erkenntnisse aus dem klinischen Explorationsgespräch. Die diagnostische Zuordnung der erhobenen psychiatrisch-psychopathologischen Befunde korreliert prinzipiell mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Zwar postulierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie FMH, für die Zeit der Hospitalisation im Spital M. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar bis 2. März 2013 eine schwere depressive Episode (AB 63/5 f.), Dr. med. G. \_\_\_\_\_ anerkannte jedoch, dass die depressive Symptomatik im Verlauf zeitweilig bis in den Bereich der schweren depressiven Episode tendierte (AB 56.2/8 Ziff. 5). Sodann wurde seitens der Klinik N. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 6. Juni 2013 (AB 25) von einer mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen. Auch nachdem sich der Beschwerdeführer am 31. Dezember 2013 in suizidaler Absicht eine Saroten-Intoxikation zugeführt hatte und danach auf der Intensivstation des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 1. bis 10. Januar 2014 hospitalisiert war, wurde diese Diagnose bestätigt (AB 38). Hingegen bestehen auch gewisse Anhaltspunkte, die gegen das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung bzw. gegen eine mittelgradige Ausprägung sprechen. Nach der Überweisung via fürsorgerische Unterbringung (FU) erfolgte bis 22. Januar 2014 eine stationäre Behandlung im Psychiatrischen Dienst P. \_\_\_\_\_. Die Ärzte des Psychiatrischen Dienstes P. \_\_\_\_\_ übernahmen die entsprechende Diagnose (ICD-10: F33.1) zwar, sie zogen sie jedoch in Zweifel, da der Beschwerdeführer nach der passager verlaufenden akuten Suizidalität klar euthym erschien und sich keine Hinweise für eine depressive Episode ergaben (AB 37/2, 37/6, 39/7). Auch Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), stellte anhand der Akten im Februar 2014 nicht ausdrücklich eine psychiatrische Pathologie fest (AB 42/2). Des Weiteren ist augenfällig, dass die MEDAS-Gutachter die festgestellten Einschränkungen teilweise nicht eindeutig, sondern bloss «am ehesten» auf eine depressive Erkrankung zurückführten (AB 56.1/13 lit. G Ziff. 5). Weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen erübrigen sich jedoch (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]), denn es ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) sachverhaltsmässig jedenfalls erstellt und allseits unbestritten, dass aus psychiatrischer Sicht bis zum hier relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) nie dauerhaft eine schwerwiegendere als die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Störung auftrat.

**3.6** Nach dem vorstehend Dargelegten ist in tatsächlicher Hinsicht höchstens eine mittelschwere depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) anzunehmen. Die Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat sich gegenüber dem Referenzzeitpunkt im Jahr 2012 (vgl. E. 3.1 hievor) demnach insoweit geändert, als die Depression damals remittiert war («St. nach» [AB 10]) bzw. die mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) nunmehr vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung bestehen soll (ICD-10: F33.1). Zur Beantwortung der Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung im Sinne eines Revisionsgrundes vorliegt (vgl. E. 2.4 hievor), ist indes nicht allein die Diagnose entscheidend, zumal eine rezidivierende depressive Störung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 176 ff.) sich von einer depressiven Episode hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheidet (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. August 2013, 9C\_917/2012, E. 3.2). Im Zusammenhang mit dem fraglichen Revisionsgrund sind einzig die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Der Beschwerdeführer arbeitete ab Anfang 2012 wieder vollschichtig (AB 10) und im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 30. April 2012 (AB 12) sowie bis 15. Dezember 2012 war keine Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen (AB 13/3 Ziff. 4.4). Dies kontrastiert mit der Einschätzung im MEDAS-Gutachten vom 18. Juli 2014 (AB 56.1), wonach seit Juni 2010 eine Arbeitsunfähigkeit «in der Grössenordnung» von 50 % bestanden haben soll (AB 56.1/14 lit. G, 56.1/15 lit. H Ziff. 6 f.). Zur Bemessung der Arbeitsunfähigkeit bedarf es regelmässig einer medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist (Entscheid des BGer vom 5. Dezember 2011, 8C\_652/2011, E. 3.2); zudem ist es generell und namentlich bei psychischen Störungen oftmals schwierig, rückwirkend und überdies für einen weit zurückliegenden Zeitraum die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen (Entscheid des BGer vom 4. Juni 2014, 8C\_848/2013, E. 4). Vor diesem Hintergrund überzeugt die seitens der MEDAS retrospektiv attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres. Wie

sich die Arbeitsfähigkeit nach rein medizinischer Betrachtung im Verlauf präsentierte bzw. ob sich die gutachterliche Beurteilung hinreichend auf das revisionsrechtliche Beweisthema – erhebliche Änderung des Sachverhalts – bezieht (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2), kann hier indes letztlich offen bleiben, da auch eine freien Prüfung bei festgestelltem Revisionsgrund (vgl. E. 3.1 hievor) nach dem Folgenden zu keinem anderen Ergebnis führt.

Bezüglich der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit gilt es zu berücksichtigen, dass es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache des Arztes ist, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 3.4.2 hievor; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195; SVR 2014 Nr. 34 S. 124 E. 3.1). Es ist deshalb nachfolgend im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können.

#### **4.**

**4.1** Beim Beschwerdebild des Beschwerdeführers stehen die psychischen Probleme klar im Vordergrund. Es liegt kein Zustand vor, der mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes vergleichbar ist. Die diagnostizierte depressive Störung ist per se nicht als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 3.2 und 4.2.3; Entscheide des BGer vom 8. Oktober 2014, 9C\_856/2013, E. 3.1, und vom 15. Januar 2013, 8C\_317/2012, E. 5.3.1), womit sich eine Prüfung der sog. Foerster-Kriterien im Rahmen der Überwindbarkeitspraxis (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1

S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354) erübrigt. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung selbst mittelgradig ausgeprägte Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 176 ff.) diagnostiziert worden ist (vgl. Entscheide des BGer vom 26. Juni 2014, 8C\_104/2014, E. 3.3.4, vom 13. April 2012, 8C\_213/2012, E. 3.2, und vom 9. August 2011, 8C\_369/2011, E. 4.3.2).

**4.2** Zu berücksichtigen gilt es, dass sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen lassen. 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 invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbständigten 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). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestieren-

den Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**4.3** Vorliegend wird beschwerdeweise zwar bestritten (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV Art. 1), ist aufgrund der medizinischen Aktenlage hingegen ohne weiteres erstellt, dass zumindest anfänglich ein reaktives Geschehen vorlag bzw. psychosoziale Umstände zur Dekompensation führten (AB 56.1/7 lit. D Ziff. 1, 56.2/8). Wohl gab es im Leben des Beschwerdeführers bereits früher Phasen von Unzufriedenheit (AB 56.2/4 Ziff. 2.3) bzw. gewissen depressiven Verstimmungen (AB 39/17), bis im Jahr 2010 fühlte er sich aber «immer gesund» (AB 39/8). Ab zirka 2009 trat Stress bei der Arbeit auf, weil immer mehr Arbeit durch immer weniger Leute bewältigt werden musste (AB 56.4 Ziff. 2.1); am Arbeitsplatz soll eine «mobbing-ähnliche Situation» vorgeherrscht haben (AB 8/13). Der Beschwerdeführer gab rückblickend an, er habe damals zu viel gearbeitet und sich zu Hause durch die Erwartungen der Ehefrau und Tochter unter Druck gesetzt gefühlt (AB 56.2/4 f. Ziff. 2.4 f.). Zur Arbeitssituation traten Beziehungsprobleme. Der behandelnde Psychiater berichtete gegenüber dem Hausarzt im Juni 2010, dass es beim Beschwerdeführer zu einer kurzen depressiven Reaktion mit Angst vor aggressivem Kontrollverlust und vorübergehend erhöhter Suizidalität während der von dessen Ehefrau angestrebten Trennung gekommen sei (AB 8/16). Auch Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, beschrieb im Konsiliarbericht vom 28. Juli 2010 (AB 8/14 f.) an den Hausarzt eine psychosoziale Belastungssituation mit einer Trennung von Ehefrau und Kind. Der Beschwerdeführer wollte sich nicht scheiden lassen und befürchtete, seine aus ... stammende Frau werde in ihre Heimat zurückkehren (AB 8/7 f.).

Die Ehe wurde mit Urteil vom 22. November 2010 (AB 2) geschieden und anlässlich der Exploration im Mai und Juni 2014 erklärte der Beschwerdeführer, aktuell bestehe ein mehrheitlich gutes Verhältnis zu seiner Exfrau (AB 56.4/3 Ziff. 2.5, 56.5/4 Ziff. 1.5), was vorderhand für eine mittlerweile eingetretene Normalisierung der Situation spricht. Jedoch ist den Akten zu entnehmen, dass das depressive Geschehen auch im weiteren Verlauf durch psychosoziale bzw. soziokulturelle Belastungsfaktoren getriggert

wurde. Obwohl der Beschwerdeführer im März 2013 die Lage der Familie als angespannt beschrieb (AB 39/17), bewohnt er seit August 2013 eine Wohnung im Haus seiner Eltern (AB 56.2/2 Ziff. 2.1, 56.3/7 Ziff. 2.1). Nach eigenen Angaben verbrachte er Weihnachten 2013 mit seinem Vater und seiner abgeschiedenen Ehefrau, wobei es mehrmals zu Anspannungen zwischen ihr und seinem Vater gekommen sei, was ihn gereizt habe. Silvester habe er allein verbracht, wobei ihn Kleinigkeiten immer mehr gereizt hätten, worauf die Situation schliesslich im Suizidversuch mündete (AB 37/2, 37/5, 39/7). Im Rahmen der anschliessenden Hospitalisation vom 1. bis 10. Januar 2014 gab der Beschwerdeführer an, er leide stark unter der Scheidung von seiner ... Ehefrau (AB 39/13). Im Bericht des Psychiatrischen Dienstes Q. \_\_\_\_\_ vom 7. Februar 2014 (AB 63/7 f.) wurde vermerkt, dass «Auseinandersetzungen und Anspannungen im privaten Bereich» zum Suizidversuch geführt hätten und «multiple psychosoziale Belastungen beruflicher und privater Art» bestünden. Diese Feststellungen widerlegen die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach die Belastungsfaktoren einige Jahre in der Vergangenheit lägen und sich zum Normalfall etabliert hätten (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV Art. 2).

Bei dieser Ausgangslage kann unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 4.2 hievor) aus rechtlicher Sicht nicht unbezweifelbar der aktenkundigen psychosozialen Belastungssituation auf die rein gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht allenfalls zutreffen mag (vgl. dazu aber E. 3.6 hievor). Insgesamt erscheint es zwar möglich, dass die psychische Beeinträchtigung nicht (mehr) in erster Linie durch psychosoziale Belastungsfaktoren unterhalten wird, sondern sich die zugrunde liegende Depression mittlerweile chronifiziert und zu einer eigenständigen psychischen Störung mit Krankheitswert entwickelt hat. Entscheidend ist indes, dass trotz der einige Jahre zurückliegenden Ehescheidung zumindest im hier relevanten Zeitraum die psychosozialen Belastungsfaktoren (familiäre Konflikte, Wohnsituation, Arbeitsplatzverlust, Verarbeitung der Scheidung, Obhut der gemeinsamen Tochter) angedauert und das Beschwerdebild massgebend (mit)bestimmt haben. Damit ist das Bestehen eines leistungsbezüglichen Gesundheitsschadens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Folglich verhält es sich hier auch anders als in dem in

der Beschwerde (S. 6 Ziff. IV Art. 6) angeführten BGer 9C\_856/2013, in welchem – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers – nicht aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung eine Rente zugesprochen wurde, sondern eine Kassation insbesondere zur gutachterlichen Klärung der Frage erfolgte, ob allenfalls eine Schmerzstörung vorliegt, was hier gerade nicht der Fall ist (vgl. E. 4.1 hievor; Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b N. 16). Auch dass die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. Februar 2014 (AB 42) einen «iv-relevanten Gesundheitsschaden in [der] Summe ausgewiesen» erachtete, vermag an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Vorab ist unklar, was sie unter einem solchen Gesundheitsschaden versteht; soweit darin auch eine rechtliche Komponente mitenthalten ist, läge diese Beurteilung ausserhalb ihrer Kompetenz (vgl. E. 3.4.2 hievor). Sodann beruht ihre Einschätzung auf der Situation vor der polydisziplinären MEDAS-Begutachtung und die von ihr explizit erwähnten (teilweise psychiatriefremden) Gesundheitsschäden (Restless-Legs-Syndrom, Rücken- und Kniebeschwerden, Schlafstörungen) wirken sich gemäss der nun vorliegenden Expertise nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (AB 56.1/12 lit. F Ziff. 2).

**4.4** Selbst wenn während der stationären Behandlung im Spital M.\_\_\_\_\_ vom 3. Januar bis 2. März 2013 tatsächlich eine schwergradige depressive Episode aufgetreten sein sollte (AB 56.2/8 Ziff. 5, 63/5), könnte nicht von einem verselbständigten Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Einerseits betrifft dies die Zeit vor der Neuanmeldung im April 2013 (AB 13) und andererseits liegt auch keine Chronifizierung mit *wiederholten* schweren Episoden vor (vgl. Entscheidung des BGer vom 27. Mai 2014, 8C\_242/2014, E. 5.3). Hinzu kommt, dass bezüglich eines Rentenanspruchs ohnehin das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu erfüllen wäre (der Anwendungsbereich von Art. 29<sup>bis</sup> IVV ist mangels einer früheren Berentung nicht betroffen), wozu eine bloss kurzzeitige Arbeitsunfähigkeitsphase während einer Hospitalisation nicht genügt. Ebenso wenig ist der Eintritt eines anderweitigen leistungsspezifischen Invaliditätsfalles (vgl. Art. 4 Abs. 2 IVG; BGE 137 V 417 E. 2.2.3 S. 422, 126 V 461 E. 1 S. 461) ausgewiesen, womit namentlich auch kein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art im Sinne von Art. 15 ff. IVG (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. IV Art. 4) besteht.

Die Beschwerdegegnerin verneinte demnach mit Verfügung vom 7. Oktober 2014 (AB 65) zu Recht einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen, womit sich die hiergegen erhobene Beschwerde vom 30. Oktober 2014 als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

## **5.**

**5.1** 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus 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):

- Rechtsanwalt 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.