

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 23. September 2015 gutgeheissen und das Urteil aufgehoben (8C\_421/2015).

**200 14 822 IV**  
GRD/JAP/SAC/SEE

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Mai 2015**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. **B.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1978 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 22. November 2005, unter Hinweis auf ein SUVA-versichertes Unfallereignis vom 1. September 2004 sowie eine seither bestehende Knie- und Armverletzung, bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II], 3). Diese stellte ihm nach dem Einholen einer psychiatrischen Expertise (act. II 35) sowie nach einer polydisziplinären MEDAS-Begutachtung (act. II 54) mit Vorbescheid vom 1. April 2008 (act. II 60) die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nachdem der Versicherte hiergegen Einwand erhob (Akten der IVB [act. IIA], 64) und ein psychiatrisches Parteigutachten (act. IIA 66) aufgelegt hatte, veranlasste die IVB eine erneute psychiatrische Begutachtung (act. IIA 97) und sah im Vorbescheid vom 12. November 2009 (act. IIA 110) die Zusprache einer Viertelsrente vor. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. IIA 121.1), worauf ihm die IVB mit Verfügung vom 22. Februar 2011 (act. IIA 166) – nach abermals durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 155) – vom 1. Dezember 2006 bis 30. April 2009 eine ganze Invalidenrente gewährte und für die Zeit danach mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Rentenanspruch verneinte.

### **B.**

Nachdem der Versicherte hiergegen am 28. März 2011 Beschwerde erhoben hatte (act. IIA 168), hob die IVB die Verfügung vom 22. Februar 2011 (act. IIA 166) wiedererwägungsweise auf um weitere Abklärungen vorzunehmen (Akten der IVB [act. IIB], 173). Das Beschwerdeverfahren wurde mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts vom 16. Juni 2011, IV/2011/313 (act. IIB 175), als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

Gegen einen neuerlichen Vorbescheid vom 5. März 2012 (act. IIB 203) erhob der Versicherte Einwand (act. IIB 206, 216), worauf die IVB eine MEDAS-Verlaufsexpertise einholte (act. IIB 231.1-231.4) und eine stationäre bidisziplinäre Zusatzbegutachtung veranlasste (Akten der IVB [act. IIC], 252.1). In der Folge ermittelte sie Invaliditätsgrade von 100 % ab 1. November 2006 bzw. 10 % ab 24. Januar 2009 und stellte ihm am 29. Januar 2014 eine vom 1. November 2006 bis 30. April 2009 befristete ganze Invalidenrente in Aussicht (act. IIC 256). Nach Anhörung des Versicherten (act. IIC 257) sprach die IVB ihm entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 7. Juli 2014 (act. IIC 263) vom 1. November 2006 bis 30. April 2009 eine ganze Invalidenrente zu und verneinte für die Zeit danach einen Rentenanspruch.

**C.**

Mit Eingabe vom 8. September 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Juli 2014 sei aufzuheben.
2. a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% (unbefristete Invalidenrente über den 30. April 2009 hinaus, berufliche Eingliederungsmassnahmen) zzgl. einem Verzugszins zu 5% ab wann rechtens auszurichten.  
  
b) Eventualiter: es sei die Beschwerdesache zu ergänzenden medizinischen und beruflich-erwerbsbezogene[n] Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen.  
  
c) Subeventualiter: es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen, pneumologischen und psychiatrischen Fachrichtungen einzuholen.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.
4. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandigung unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bewilligen.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.»

Am 23. September 2014 reichte der Beschwerdeführer Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach (Akten des Beschwerdeführers [act. IA], 1-15).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. November 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 14. Januar 2015 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt bei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. März 2015 wies der Instruktionsrichter den Beweisantrag auf Durchführung eines Parteiverhörs ab, schloss das Beweisverfahren, teilte die Zusammensetzung des Spruchkörpers mit und setzte den Termin zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung fest. Der Beschwerdegegnerin wurde das Erscheinen freigestellt.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 5. Mai 2015 bestätigte der Beschwerdeführer im Wesentlichen die gestellten Rechtsbegehren.

Aufforderungsgemäss reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote vom 5. Mai 2015 ein.

## **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. Juli 2014 (act. IIC 263). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die rückwirkend ab 1. November 2006 gewährte ganze Rente zu Recht bis 30. April 2009 befristete.

**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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; «Flucht in die Krankheit»); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder statio-

nären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (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). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5; vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.1 ff. S. 550).

**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** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer wurde mehrmals medizinisch exploriert. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hielt die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. März 2007 (act. II 35), für nicht nachvollziehbar (act. II 40) und auch die Expertise der MEDAS G.\_\_\_\_\_

vom 5. März 2008 (act. II 54) sowie das Parteigutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 3. Juni 2008 (act. IIA 66) wurden seitens des RAD hinterfragt (act. IIA 68). Demgegenüber erachtete der RAD die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Gutachten vom 16. Juli 2009 (act. IIA 97) als plausibel (act. IIA 105), wogegen der Beschwerdeführer das Fehlen einer retrospektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes betreffend die Zeit vor der Begutachtung bzw. vor der stationären Behandlung in der Kriseninterventionsstation des Spitals H.\_\_\_\_\_ (act. IIA 82) monierte (act. IIA 121.1). Der vom RAD in der Folge festgestellte zusätzliche Abklärungsbedarf (act. IIB 172, 217) führte schliesslich zur polydisziplinären Begutachtung in der MEDAS I.\_\_\_\_\_ (act. IIB 231.1-231.4) bzw. zur stationären neurologisch-psychiatrischen Abklärung im Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ (act. IIC 252.1). Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2014 (act. IIC 263) basiert in medizinischer Hinsicht offensichtlich hauptsächlich auf den Erkenntnissen dieser beiden aktuellsten Expertisen der MEDAS I.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2013 (act. IIB 231.1-231.4) sowie der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ vom 4. November 2013 (act. IIC 252.1).

**3.1.1** Im Gutachten der MEDAS I.\_\_\_\_\_ wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtgradiges zervikales und lumbales spondylogenes Syndrom mit/bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (ICD-10: F54.8) sowie anamnestisch ein Anfallsleiden unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: Temporallappenepilepsie; ICD-10: R41.8) vermerkt (act. IIB 231.1/58 lit. A Ziff. 4.1). Die Gutachter attestierten für die bisherige Tätigkeit eine durch die objektiven muskuloskelettalen Befunde begründete vollständige Arbeitsunfähigkeit und gaben an, solange das vermutete Anfallsleiden nicht abgeklärt und gegebenenfalls ausreichend behandelt sei, bestehe keine Restfunktion oder Belastbarkeit für irgendeine berufliche Tätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht beschränke sich eine allenfalls künftige Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf leichte bis gelegentlich mittelschwere Verrichtungen mit Wechselhaltung bzw. -belastung und ohne Rückenbelastung (act. IIC 331.1/72-74 lit. C Ziff. 2 f. und 10).

**3.1.2** Die Experten der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ hielten im bidisziplinären Gutachten vom 4. November 2013 in diagnostischer Hinsicht das Nachstehende fest (act. IIC 252.1/47 lit. A Ziff. 3.1):

1. Komplexe dissoziative Störung, mit Halbseitensensibilitätsstörung, dissoziativen Anfällen mit Sturz und Bewusstseinsstörungen, Areaigibilität und Pseudohalluzinationen (ICD-10: F44.7), erstmalig dokumentiert als Differentialdiagnose im Jahr 2005
2. Dysthymie (ICD-10: F34.1), mit/bei Status nach mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode zwischen 2006 und 2009
3. Leichtgradiges zervikales und lumbales spondylogenes Syndrom bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, dokumentiert seit 2007 und 2008

Die Gutachter verwiesen bezüglich der somatischen Beeinträchtigungen auf die Expertise der MEDAS I. \_\_\_\_\_ und erklärten, kognitiv zeigten sich in der Untersuchung Merkfähigkeitsstörungen sowie eine verminderte Dauer der Konzentrationsfähigkeit mit Verlangsamung und Ermüdbarkeit im Verlauf. Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes wiesen sie auf die diagnostizierte komplexe dissoziative Störung hin und gaben an, im Zusammenhang mit der Dysthymie zeigten sich neben den kognitiven Beeinträchtigungen eine Belastungsverminderung sowie eine Antriebsminderung. Im Rahmen der Chronifizierung habe sich überdies eine passiv-vermeidende Bewältigungsstrategie entwickelt, welche sich hemmend auf die Willens- und Überwindungsfähigkeit in Bezug auf die psychische und somatische Symptomatik auswirke (act. IIC 252.1/57 lit. C Ziff. 1). Die angestammte Tätigkeit erachteten sie – wie die Gutachter der MEDAS I. \_\_\_\_\_ – als unzumutbar und bescheinigten für eine leidensadaptierte Tätigkeit (entsprechend dem von der MEDAS I. \_\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil, mit zusätzlichen qualitativen Einschränkungen für Verrichtungen mit erhöhter Verletzungsgefahr, auf Leitern und in Höhen, mit Aufsichtspflicht, Steuer- und Überwachungstätigkeiten sowie für das Führen von Motorfahrzeugen) eine steigerungsfähige Arbeitsfähigkeit von 50 %. Anfänglich sei eine Präsenzzeit von zwei bis drei Stunden täglich zumutbar, mit rascher Erhöhung auf vier Stunden und Fortsetzung eines schrittweisen Aufbaus. Zunächst bestehe dabei eine Leistungsminderung im Sinne einer Konzentrationsdauer von einer Stunde, mit Steigerungspotential im Verlauf (act. IIC 252.1/57-60 lit. B und C Ziff. 2 ff.). Bezüglich der

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, aufgrund der Chronifizierung der psychiatrischen Symptomatik bestehe seit der stationären Behandlung im Spital H. \_\_\_\_\_ im Januar 2009 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit; für die Zeit davor verwiesen sie auf die von anderen Medizinern bisher attestierten Arbeitsunfähigkeitsgrade (act. IIC 252.1/58 lit. C Ziff. 7).

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

**3.2.1** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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).

**3.2.2** 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 (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

**3.3** In Verbindung miteinander stellen die beiden Administrativgutachten der MEDAS I. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2013 (act. IIB 231.1-231.4) und der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2013 (act. IIC 252.1) eine umfassende und vollständige medizinische Entscheidungsgrundlage dar. Sie erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hievor) und erbringen damit vollen Beweis. Insbesondere arbeiteten die Gutachter die umfangreichen Vorakten sorgfältig auf und setzten sich mit den vorgängig gestellten Diagnosen vertieft auseinander (act. IIC 252.1/56 lit. B). Sie konnten die seitens der MEDAS I. \_\_\_\_\_ differentialdiagnostisch in Betracht gezogene Temporallappenepilepsie (act. IIB 231.1/58 Ziff. 4.1 Ziff. 2) anlässlich der stationären Abklärung neurologisch-epileptologisch anhand eines 79-stündigen Monitorings mittels Elektroenzephalografie (EEG) und Videoüberwachung nachvollziehbar ausschliessen (act. IIC 252.1/48 f. lit. B, 252.1/61 lit. E Ziff. 1). Sie befassten sich mit den zur Diskussion stehenden Diagnosen und zeigten überzeugend anhand der Befunde und diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 219 ff.) auf, dass hauptsächlich eine komplexe dissoziative Störung (ICD-10: F44.7) vorliegt (act. IIC 252.1/51 ff. lit. B, 252.1/61 lit. E Ziff. 1), was mit den Einschätzungen der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ (act. IIA 97/18 lit. a) und C. \_\_\_\_\_ (act. II 35/13 lit. A lit. e lit. i Ziff. 3) korreliert. Der Beschwerdeführer stellt die beweisrechtliche Validität dieser fachärztlichen Beurteilung nicht substantiiert in Frage,

akzeptiert die diagnostische Einordnung seiner gesundheitlichen Beschwerden und anerkennt (act. II 121.1/7 Ziff. 6), dass seit dem Austritt aus dem Spital H. \_\_\_\_\_ am 23. Januar 2009 (act. IIA 82) bezüglich des depressiven Zustandsbildes eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eintrat (act. IIB 231.1/58 lit. A Ziff. 4.2 Ziff. 4, 231.1/73 lit. C Ziff. 7; act. IIC 252.1/47 lit. A Ziff. 3.1 Ziff. 2, 252.1/54 lit. B). Unbestritten und in tatsächlicher Hinsicht erstellt ist zudem, dass aus somatischer Sicht unter Beachtung des von den Ärzten der MEDAS I. \_\_\_\_\_ formulierten Zutunbarkeitsprofils (act. IIB 231.1/74 lit. C Ziff. 10) in einer Verweisungstätigkeit keine wesentlichen Einschränkungen resultieren (act. IIC 251.1/57 f. lit. C Ziff. 1 und 3, 251.1/59 lit. C Ziff. 10 f.).

**3.4** Bei der dargestellten Ausgangslage wurde der rechtserhebliche Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hinreichend abgeklärt. Für die mittels Eventual- bzw. Subeventualbegehren angestrebten weiteren medizinischen Erhebungen besteht somit kein Anlass, zumal die entsprechenden Anträge beschwerdeweise auch nicht näher begründet und der Beweiswert der medizinischen Entscheidungsgrundlage nicht in Zweifel gezogen wurde. Der anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung sinngemäss vertretenen Ansicht, wonach aufgrund der naturgemäss bestehenden Beweisschwierigkeiten im Zusammenhang mit der Frage der Überwindbarkeit aus formellen Gründen eine polydisziplinäre Begutachtung über die Vergabepattform SuisseMED@P (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebene und ab 1. Januar 2010 gültige Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Rz. 2075 ff. und Anhang V) nachzuholen sei, kann nicht gefolgt werden. Zum einen wurde die gesundheitliche Situation umfassend erhoben und zum anderen erschöpft sich der Begriff der Überwindbarkeit nicht in einer medizinischen Tatfrage (vgl. E. 4.3 hienach).

Es steht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) fest, dass der Beschwerdeführer nebst den somatischen Beschwerden an einer komplexen dissoziativen Störung (mit Halbseitensensibilitätsstörung, dissoziativen Anfällen mit Sturz und Bewusstseinsstörungen, Areagibilität und Pseudohalluzinationen;

ICD.10: F44.7) sowie an einer Dysthymie (mit/bei Status nach mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode in den Jahren 2006 bis 2009; ICD-10: F34.1) leidet. Für die Zeit bis zum Austritt aus dem Spital H. \_\_\_\_\_ per 23. Januar 2009 wurde im Gutachten der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ auf die seitens der behandelnden Ärzte bzw. Vorgutachter schwankenden Beurteilungen mit bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten bis 100 % hingewiesen (act. IIC 252.1/58 lit. C Ziff. 7). Die Beschwerdegegnerin geht diesbezüglich offensichtlich von einer andauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (act. IIC 263/5 f.), was mit Blick auf die dokumentierten Schweregrade der depressiven Episoden grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Für die Zeit nach dem Spitalaustritt, mithin ab 24. Januar 2009, beträgt die Arbeitsunfähigkeit nach der gutachterlichen Einschätzung 50 %, wobei ein Wiedereinstieg mit geringer Präsenzzeit und eine spätere schrittweisen Steigerung empfohlen wurden (act. IIC 252.1/57 lit. B und lit. C Ziff. 7, 252.1/59 f. lit. C Ziff. 13 f.). Für diese Phase besteht gemäss Argumentation der Beschwerdegegnerin ein unklarer (syndromaler) Leidenszustand, dem sie unbesehen der attestierten Teilarbeitsunfähigkeit eine invalidisierende Wirkung abspricht (act. IIC 263/6).

Es ist keineswegs allein Sache des Arztes, 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 Ermessenszüge trägt (vgl. E. 3.2.2 hievori; 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 auch ab Januar 2009 ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt noch zugemutet werden können.

#### 4.

**4.1** Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (vgl. E. 2.2 hievor) sind deshalb insbesondere analog auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10: F44.6) sowie auf dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4) anwendbar (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Die vorliegend diagnostizierte und unter F44.7 der ICD-10 zu subsumierende komplexe dissoziative Störung ist nach dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin ebenfalls als ein derartiges unklares Beschwerdebild zu qualifizieren (act. IIC 263/7; Beschwerdeantwort S. 6 lit. C lit. b Ziff. 18), während sie nach Auffassung des Beschwerdeführers nicht unter diese Kategorie fällt und der Anwendung der sog. Überwindbarkeitspraxis damit entgegensteht (Beschwerde S. 7 lit. B lit. b Ziff. 7).

**4.2** Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gehören sämtliche Leiden des dissoziativen Formenkreises (ICD-10: F44) zu jenen Beschwerdebildern, bei denen eine Überwindbarkeit der durch sie bedingten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zu vermuten ist und die nur in den entsprechenden Ausnahmefällen (vgl. E. 2.2 und 4.1 hievor) invalidisierend wirken (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. August 2014, 9C\_10/2014, E. 3.1). Das Bundesgericht hat die Überwindbarkeitspraxis nebst den erwähnten Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen bzw. Bewegungsstörungen etwa auch auf dissoziative Krampfanfälle (ICD-10: F44.5) oder die dissoziative Störung (Konversionsstörung), gemischt (ICD-10: F44.7) für anwendbar erklärt (vgl. Entscheide des BGer vom 10. Februar 2015, 8C\_375/2014, E. 3.2, vom 12. Juni 2014, 8C\_195/2014, E. 4.2, vom 2. Dezember 2013, 8C\_311/2013, E. 4, vom 24. Februar 2014, 8C\_468/2013, E. 6). Für die hier festgestellte komplexe dissoziative Störung, welche ebenfalls unter den Diagnosecode F44.7 der ICD-10 subsumiert wurde (act. IIC 252.1/47 lit. A Ziff. 3.1 Ziff. 1), hat nichts anderes zu gelten. Wenngleich die Gutachter die Diagnose sprachlich leicht anders fassten als nach dem Klassifikationssystem, so haben sie durch die Ver-

wendung des betreffenden Diagnosecodes doch unzweideutig zum Ausdruck gebracht, dass sie das Beschwerdebild der gemischten dissoziativen Störung zuordnen. Dass diese Diagnose gemäss den medizinischen Gutachtern weitreichender sein soll als eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, vermag an der Anwendbarkeit der Überwindbarkeitspraxis ebenso wenig etwas zu ändern wie der behauptete Umstand, dass die dissoziative Symptomatik beim Beschwerdeführer einen ansonsten drohenden depressiven Einbruch verhindern und damit einen wesentlichen Faktor in der psychischen Stabilität darstellen soll (act. IIC 252.1/56 f. lit. B). Das von den Gutachtern verwendete Adjektiv «komplex» bezieht sich im Übrigen nicht zwingend auf die graduelle Ausprägung der Störung. Selbst wenn die gemischte dissoziative Störung durch die Kombination der unter ICD-10: F44.0-6 verschlüsselten Diagnosen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 222) als schwerwiegendste aller dissoziativen Störungen zu werten wäre, käme diesem Aspekt für den sachlichen Anwendungsbereich der Überwindbarkeitspraxis keine massgebende Bedeutung zu, denn die Frage, ob die Beschwerden unklar oder erklärbar sind, orientiert sich nicht am Schweregrad der mit ihnen einhergehenden Symptome.

Es besteht keine Veranlassung, die seitens des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung kritisierte Überwindbarkeitspraxis in Frage zu stellen. Das angerufene Gericht orientiert sich im Zusammenhang mit organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern an der vom Bundesgericht selbst als «gefestigte Praxis» (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) bezeichneten einschlägigen Rechtsprechung; der pauschale Hinweis auf das von Anwälten in Auftrag gegebene Gutachten von Prof. Dr. med. Peter Henningsen vom Mai 2014 (vgl. SZS 2014 S. 499) ändert daran nichts. Soweit der Beschwerdeführer argumentiert, diese Praxis dürfe nicht «schablonenhaft» angewendet werden, ist darauf hinzuweisen, dass die vom Bundesgericht entwickelte Praxis bewusst auf einem mit der Rechtsgleichheit vereinbaren Schematismus beruht und den Besonderheiten des Einzelfalls im Rahmen der einzelnen Prüfkriterien (vgl. E. 2.2 hievore) Rechnung getragen wird.

**4.3** Aufgabe des begutachtenden Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – oder eines anderen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage – ist, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend ist, d.h. zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (SVR 2012 IV Nr. 1 S. 2 E. 3.4.1).

Weil sich die Aufgabe der medizinischen Sachverständigen auf eine Tatfrage, jene der rechtsanwendenden Behörde hingegen auf eine Rechtsfrage bezieht (vgl. SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171 E. 4.2.2), ist nicht ausgeschlossen, dass die Ärzte die Überwindbarkeit der Schmerzstörung im Einzelfall nicht im gleichen Sinn beurteilen wie die Verwaltung. In der Expertise der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ wurden sowohl das Bestehen einer psychischen Komorbidität als auch die übrigen Foerster-Kriterien (teilweise) bejaht (act. IIB 252.1/62 f. lit. E Ziff. 3-8), während sie die Beschwerdegegnerin überwiegend verneinte und die Überwindung des Leidenszustandes für zumutbar hielt (act. IIB 263/6 f.). Vorliegend besteht eine Besonderheit darin, dass die Faktoren, die auf eine Aggravation oder Simulation hinweisen, typischerweise auch einen Teil der Pathologie einer dissoziativen Störung darstellen (act. IIC 252.1/55 lit. B), so dass die entsprechenden Morbiditätskriterien sehr ausgeprägt vorhanden sein müssten, damit die vermutete Überwindbarkeit zu verneinen wäre.

**4.4** Was die im Vordergrund stehende Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (vgl. E. 2.2 hievore) anbelangt, ist zu beachten, dass spätestens seit 24. Januar 2009 keine schwergradige depressive Episode, sondern lediglich noch eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) vorlag. Es wird weder geltend gemacht noch wäre aktenkundig, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erneut eine Depression aufgetreten wäre. Überdies manifestieren sich depressive Verstimmungen und depressive Störungen leichten bis mittleren Grades ohnehin als blosse Begleiterscheinungen aus dem psychosomatischen Formenkreis (MEYER/REICHMUTH; Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 73). Eine Dysthymie gilt nach der Rechtsprechung (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2) von hier nicht relevanten Ausnahmen abgesehen regelmässig nicht als Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes. Was der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang in seiner Rechtsschrift und anlässlich der Schlussverhandlung vorbrachte, vermag nicht zu überzeugen. Selbst wenn die Hypothese zuträfe, dass es beim Wegfallen der als «protektiver Faktor» fungierenden dissoziativen Störung zu einem erheblichen depressiven Einbruch käme (Beschwerde S. 8 f. lit. B lit. b Ziff. 9), könnte er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn zu beurteilen ist einzig der medizinische Sachverhalt wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung tatsächlich präsentierte (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Würde die zumutbare Überwindung der Konversionsstörung effektiv zu einer Depression führen, wäre eine derartige Entwicklung allenfalls im Rahmen einer Neuanschuldung (vgl. Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) geltend zu machen. Hinzu kommt, dass mit dem postulierten depressiven Einbruch (Beschwerde S. 8 lit. B lit. b Ziff. 9; act. IIC 252.1/56 f. lit. B) nicht ohne weiteres das Auftreten einer *schweren* Depression erstellt wäre.

Zwar bestehen gewisse rheumatologische Beschwerden, das zervikale und lumbale spondylogene Syndrom ist jedoch nur leichtgradig ausgeprägt und führt nicht zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (act. IIB 231.1/58 lit. A Ziff. 4.1 Ziff. 1, 231.1/74 lit. C Ziff. 10; act. IIC 252.1/57 f. lit. C Ziff. 1 und 3). Eine hinreichend ausgeprägte körperliche Begleiterkrankung kann vor diesem Hintergrund nicht angenommen wer-

den (vgl. Entscheide des BGer vom 3. Juli 2007, 9C\_131/2007, E. 3, und vom 11. Juli 2014, 9C\_527/2013, E. 3.3.2).

Der mehrjährige Krankheitsverlauf weist eine gewisse Chronifizierung auf, die Symptomatik ist jedoch insoweit nicht unverändert oder progredient, als durch die stationäre Behandlung auf der Kriseninterventionsstation des Spitals H.\_\_\_\_\_ eine Remission in Bezug auf das überlagernde psychische Zustandsbild eintrat (act. IIA 82) und diese Rückbildung bis zur Verfügung vom 7. Juli 2014 (act. IIC 263) anhielt. Weil hingegen die bereits während der damaligen Hospitalisation festgestellte dissoziative Beschwerdekomponekte im Wesentlichen unverändert bestehen blieb, ist dieses

Morbiditätskriterium zumindest teilweise erfüllt (vgl. auch act. IIC 252.1/62 lit. E Ziff. 5).

Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen (SVR 2013 IV Nr. 6 S. 14 E. 2.2.4) und liegt hier nicht vor. Zwar bestehen Rückzugstendenzen, so ging der Beschwerdeführer früher Hobbies nach und hatte einen grösseren Kollegenkreis (act. IIA 97/13 f. lit. b; act. IIB 231.21/43 lit. A Ziff. 1; act. IIC 252.1/40 lit. A Ziff. 1.2.2). Betreffend die Situation seit Januar 2009 ergibt sich jedoch aus den Akten, dass der Beschwerdeführer Kontakt mit seinen Brüdern, Schwestern sowie Vettern hat und mit seiner Ehefrau manchmal Spaziergänge unternimmt bzw. ihr beim Kochen und Einkaufen hilft (act. IIA 97/13 f. lit. b und c; act. IIB 231.2/30 lit. B Ziff. 3 lit. a; act. IIC 252.1/43 lit. A Ziff. 1.2.4). Er spielt zudem mit seinen Kindern, hilft ihnen bei den Hausaufgaben, nimmt mit ihnen das Mittagessen ein und war auch schon mit ihnen im Zoo. Er weilt jährlich drei Wochen mit seiner Familie in ... (ob er dabei lediglich mitgenommen wird [Beschwerde S. 10 lit. B lit. b Ziff. 9], ist in diesem Kontext irrelevant, denn es ist ihm zumindest möglich, Reisen mit Familienangehörigen zu unternehmen), nimmt gerne an den immer wieder stattfindenden Familienanlässen teil, spielt mit Bekannten ein- bis zweimal im Jahr Billard und pflegt gute Kontakte zu den Nachbarn (act. IIB 231.1/43 lit. A Ziff. 1; act. IIC 252.1/40 f. lit. A Ziff. 1.2.2).

Gemäss Gutachten der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_\_ beinhaltet die dissoziative Symptomatik einen primären Krankheitsgewinn, indem sie einen

depressiven Einbruch abwehrt (act. IIC 252.1/63 lit. E Ziff. 7). Höchststrich-terlich wurde im Zusammenhang mit dissoziativen Störungen (Konversi-onsstörungen) ebenfalls festgehalten, dass der Begriff der «Konversion» meint, dass ein unbewusster psychischer Konflikt in körperliche Symptome umgesetzt wird, was zu einer seelischen Entlastung führt und dazu dient, diesen Konflikt ausserhalb des Bewusstseins zu halten (was einem primärer Krankheitsgewinn gleichkommt; vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 9. August 2004, I 767/03, E. 3.2.2). Ist der primäre Krankheitsgewinn aber bereits dem unklaren syndromalen Beschwerdebild inhärent, ist fraglich, ob dieses Kriterium überhaupt tauglich ist, um dessen willentliche Überwindbarkeit zu beurteilen. Wie es sich damit verhält, kann hier letztlich aber offen bleiben, da das Bejahen eines (teilweisen) primären Krankheitsgewinns am Ergebnis nichts ändern würde.

Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin aufgezeigt, dass vorliegend nicht von einem Scheitern der Behandlung ausgegangen werden kann (Beschwerdeantwort S. 6 lit. C lit. b Ziff. 18). Auf diese in allen Teilen zutref-fenden Ausführungen kann verwiesen werden.

**4.5** Selbst wenn nebst dem teilweise bestehenden chronifizierten Krankheitsverlauf von einem primären Krankheitsgewinn auszugehen wäre, genügte dies nicht, um darauf zu schliessen, dem Beschwerdeführer mangle es an hinreichenden psychischen Ressourcen zur Überwindung der mit der diagnostizierten komplexen dissoziativen Störung einhergehenden Beschwerden. Entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 10 lit. B lit. b Ziff. 9) stehen auch die Erkenntnisse aus der beruflichen Grundab-klärung in der Abklärungsstelle K.\_\_\_\_\_ (act. IIA 127, 140) der Annah-me einer Beschwerdeüberwindung nicht entgegen. Fachpersonen der be-ruflichen Integration und Berufsberatung mögen zur Ergänzung der medizi-nischen Unterlagen dienlich sein, die verbindliche Feststellung der noch zumutbaren Arbeitsleistung fällt hingegen in die Kompetenz der rechtsan-wenden Stelle (vgl. BGE 140 V 193 S. 3.2 S. 196; E. 3.2.2 hievor). Dies hat umso mehr zu gelten, wenn – wie hier – unklare syndromale Beschwerden zur Beurteilung stehen. Soweit der Beschwerdeführer anlässlich der öffent-lichen Schlussverhandlung für eine Abkehr von den Foerster-Kriterien plä-

dierte und vorschlug, es sei für die Frage der willentlichen Überwindbarkeit solcher Beschwerden massgeblich auf das bei beruflichen Abklärungen von motivierten Versicherten präsentierte Leistungsvermögen abzustellen, ist ihm nicht zu folgen. Die Ergebnisse von praktischen Arbeitserprobungen stellen keine objektive Messgrösse dar und wären zur Beurteilung der Invalidisierung von unklaren Beschwerden insoweit untauglich, als sie auch von vordergründig motiviert wirkenden Versicherten subjektiv gesteuert werden könnten. Die Beschwerdegegnerin ging folglich zu Recht davon aus, dass dem festgestellten Beschwerdebild ab Januar 2009 keine invalidisierende Wirkung (mehr) zukommt und die im Gutachten der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2013 (act. IIC 252.1) attestierte Teilarbeitsunfähigkeit deshalb aus rein invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ausser Betracht fällt. Nach dem Gesagten lag am 24. Januar 2009 unter Beachtung des rheumatologischen Zumutbarkeitsprofils eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit vor, während für die Zeit davor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Es bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage zu prüfen.

## **5.**

**5.1** 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).

## **5.2**

**5.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung ange-

passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V

297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91  
E. 4.1.1).

### 5.3

**5.3.1** Die seitens der Verwaltung angenommene medizinisch-theoretisch vollständige Arbeitsunfähigkeit nach bestandenem Wartejahr (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung [AS 1987 447]) ab November 2006 und der daraus resultierende Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ist allseits unbestritten. Hinsichtlich der ab 24. Januar 2009 bestehenden uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergibt sich anhand der LSE ein Valideneinkommen von aufgerundet Fr. 61'240.-- (Fr. 4'806.-- [BFS, LSE 2008, Tabelle TA1, Total, Männer, Anforderungsniveau 4] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.6 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total, 2009] / 105 x 107.2 [BFS, Tabelle T1.1.05, Nominallohnindex Männer, Total, Index 2008 bzw. 2009]; act. IIC 263/6). Der Beschwerdeführer geht demgegenüber davon aus, dass er im hypothetischen Gesundheitsfall damals immer noch als «selbständiger» Bodenleger gearbeitet hätte und verweist auf die Taggeldbemessung im Rahmen der beruflichen Grundabklärung (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 11).

Eine seitens des Beschwerdeführers gegen die Taggeldverfügung vom 29. Januar 2010 (act. IIA 124) erhobene Beschwerde (act. IIA 128) wurde mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 18. Januar 2012, IV/2010/292 (act. IIB 195) gutgeheissen, wobei festgehalten wurde, dass die Grundentschädigung betreffend das Jahr 2009 auf Basis eines Einkommens von Fr. 90'857.-- (aufindexiert vom Einkommen im Jahr 2004 von Fr. 84'000.--) auszurichten sei. Das besagte Urteil entfaltet bezüglich des Valideneinkommens jedoch keine präjudizierende Wirkung, da mit Blick auf den Zweck des Taggeldes, welches im Unterschied zur Rente keine Dauerleistung darstellt, bei der beruflichen Weiterentwicklung kein allzu strenger Massstab anzulegen ist (SVR 2008 IV Nr. 4 S. 9 E. 2.1); das Valideneinkommen ist damit frei zu prüfen.

Der Beschwerdeführer war ... und ... der L. \_\_\_\_\_, welche im 2004 gegründet und im Handelsregister eingetragen wurde. Das Unternehmen vereinbarte mit ihm ein Bruttomonatslohn von Fr. 7'000.--; im Jahr 2004 erzielte er einen Lohn von Fr. 56'000.-- (act. II 6/3, 9; act. IIA 116/3, 121.3/10, 128/13 f., 161/7-11). Nachdem zwischenzeitlich sieben Angestellte be-

schäftigt worden waren, wurde der Betrieb per 2004 eingestellt. Ab 2005 hatte die Gesellschaft kein Personal mehr und im 2005 wurde über sie der Konkurs eröffnet (act. II 10/79, 10/82, 10/88, 10/92, 54/21; act. IIA 14/4, 104/11-14; act. IIA 104/2). Nach Ansicht des Beschwerdeführers führte das Unfallereignis vom 1. September 2004 zur Betriebseinstellung. Nach seiner Aussage sollen dem Unternehmen ausgebliebene Zahlungen v.a. seitens eines Kunden zum Verhängnis geworden sein, da er die notwendigen Reparaturarbeiten nicht mehr habe ausführen können (act. II 10/48, 10/59; act. IIA 104/2). Selbst wenn das Unfallereignis zum Stellenverlust geführt hätte, wäre das Arbeitsverhältnis allerdings nicht invaliditätsbedingt aufgelöst worden, denn die Unfallfolgen führten nicht zu einer Invalidität. Gemäss Abschlussuntersuchung durch den SUVA-Kreisarzt vom 27. Oktober 2005 (act. II 10/35-38) bestand bereits per dato keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr. Zwar verneinte die SUVA in ihrer rechtskräftigen Verfügung vom 10. November 2005 (act. II 10/26-28) die Unfalladäquanz der psychischen Beschwerden, eine natürliche Kausalität wurde aber nicht postuliert. Demnach ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer seine damalige Arbeitsstelle wegen jenen gesundheitlichen Beschwerden verlor, die schliesslich zur Invalidität führten. Überdies ist zu berücksichtigen, dass die gegründete Gesellschaft nur wenige Monate operativ tätig war und aufgrund dieser nicht repräsentativen Periode keinesfalls auf eine entsprechende Weiterentwicklung des Geschäftsganges geschlossen werden kann. Die diesbezüglichen Überlegungen des Finanzplaners der mittlerweile ebenfalls konkursiten M.\_\_\_\_\_ (act. IIA 121.3) fassen auf der blossen Aufrechnung des Umsatzes auf das gesamte Kalenderjahr 2004 und lassen wichtige Einflussfaktoren wie beispielsweise die konjunkturelle Branchenentwicklung ausser Acht. Schliesslich wird aufzuzeigen sein (vgl. E. 5.4 hienach), dass selbst unter Berücksichtigung des im VGE IV/2010/292 (act. IIB 195) als Berechnungsbasis für das Jahr 2009 herangezogenen Jahreslohnes von Fr. 90'857.-- für die Zeit ab 24. Januar 2009 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultieren würde.

**5.3.2** Für das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % einen Wert von Fr. 55'116.-- (Fr. 61'240.-- ./ 10 %; act. IIC 263/7). Der Be-

schwerdeführer hält den Abzug von 10 % für zu tief und einen solchen von 15 % für gerechtfertigt (Beschwerde S. 12 lit. B lit. b Ziff. 12).

Die Beschwerdegegnerin liess den Abzug von 10 % vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen zu, ohne dies näher zu begründen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass praxisgemäss selbst dann kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist, wenn eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt reduziert leistungsfähig ist (vgl. SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 E. 4.3.2). Weil zudem sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne ermittelt wurden, müssten die – hier ohnehin nicht ins Gewicht fallenden – invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Vor diesem Hintergrund erscheint der gewährte Abzug von 10 % als wohlwollend. Es besteht keine Veranlassung in das pflichtgemäss ausgeübte Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Der geforderte Abzug von 15 % wäre selbst dann nicht angebracht, wenn die beiden Vergleichseinkommen nicht anhand der LSE berechnet würden, sondern für das Valideneinkommen der im VGE IV/2010/292 für das Taggeld festgestellte Lohn massgebend wäre.

**5.4** Damit entspricht der Invaliditätsgrad für die Zeit ab 24. Januar 2009 dem leidensbedingten Abzug von 10 %. Wenn demgegenüber für das Valideneinkommen ein Betrag von Fr. 90'857.-- herangezogen würde (vgl. E. 5.3.1 hievor), ergäbe sich aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ein abgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) Invaliditätsgrad von 39 % ( $[(\text{Fr. } 90'857.-- \text{ } - \text{ } \text{Fr. } 55'116.--)] / \text{Fr. } 90'857.-- \times 100$ ). Damit wird ein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad von 40 % (vgl. E. 2.3 hievor) so oder anders ab 24. Januar 2009 nicht erreicht. Das medizinisch-theoretische Leistungsvermögen ist dabei nicht erst nach Durchführung aufbauender Massnahmen realisierbar (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 10), denn die anfänglich limitierenden Faktoren betreffen nicht die rheumatologischen Aspekte, sondern die nicht invalidisierenden überwindbaren psychischen Beschwerden (act. IIC 252/59 f. lit. C Ziff. 12-14). Die Beschwerdegegnerin befristete den Rentenanspruch in

Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV folglich zu Recht bis 30. April 2009. Die gegen die Verfügung vom 7. Juli 2014 (act. IIC 263) erhobene Beschwerde vom 8. September 2014 erweist sich demgemäss als unbegründet und ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** 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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und grundsätzlich dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen. Da mit Verfügung vom 14. Januar 2015 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen wurde, wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten befreit.

**6.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**6.3** Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des

gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 5. Mai 2015 macht Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ einen Zeitaufwand von 12.67 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'040.80, zuzüglich Auslagen von Fr. 170.30 sowie die Mehrwertsteuer von 8 % (auf Fr. 3'211.10) im Betrag von Fr. 256.90, total Fr. 3'468.--, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 3'468.-- festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'534.-- (12.67 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 170.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 216.35 (8 % von Fr. 2'704.30), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'920.65, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'468.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'920.65 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt lic. iur. B.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 5. Mai 2015)
  - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 5. Mai 2015)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.