

200 15 273 IV  
GRD/RUM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. September 2015**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Rüfenacht

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Fürsprecher Daniel C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Februar 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1975 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 12. März 2009 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) wegen Krankheit zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und erteilte Kostengutsprachen für ein Belastbarkeitstraining vom 22. Februar 2010 bis 14. Mai 2010, ein Aufbaustraining vom 15. Mai 2010 bis 15. August 2010 mit Verlängerung bis 7. November 2010 und für ein Arbeitstraining vom 8. November 2010 bis 31. Januar 2011 mit Verlängerung bis 24. April 2011 in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_. Am 31. Januar 2011 wurde die Massnahme vorzeitig abgebrochen (AB 44, 54, 59, 70, 78; Berichte der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ vom 1. Juni, 20. September, 12. November 2010 und 2. Februar 2011 [AB 57, 65, 71 u. 79]). Im Auftrag der IVB erstellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in der Folge ein psychiatrisches Gutachten vom 21. August 2011 (AB 105.1). Am 30. Mai 2012 verfügte die IVB nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens den Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen, da aufgrund des Gesundheitszustands zurzeit keine solchen möglich seien (AB 127, 129, 131).

Mit Verfügung vom 21. Februar 2013 sprach die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) dem Versicherten für die verbleibende Beeinträchtigung der rechten Schulter infolge eines Motorradunfalls vom 21. August 2009 eine Rente der Unfallversicherung auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 14 % und eine Integritätsentschädigung für eine Integritätsseinbusse von 10 % zu (AB 155).

Mit Eingabe vom 22. Juli 2013 ersuchte der Versicherte um Wiederaufnahme von beruflichen Massnahmen (AB 167). Die IVB erteilte Kostengutsprache für einen Support am Arbeitsplatz bei der F.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2013 bis 16. Februar 2014, welche in der Folge bis 30. April 2014 verlängert wurde (AB 182, 193). Am 31. März 2014 wurde die Massnahme vorzeitig beendet (AB 199, 201). Am 25. August 2014 erstattete die

G.\_\_\_\_\_ (MEDAS) das von der IVB in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten (AB 211.1). Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2014 stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 13 % die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 217). Mit Mitteilung vom 12. November 2014 erteilte sie Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 17. November 2014 bis 22. Februar 2015 im H.\_\_\_\_\_ (AB 222). In der Folge liess der Versicherte gegen den Vorbescheid Einwand erheben (AB 228, 236). Nach Einholung einer ergänzenden Stellungnahme der MEDAS vom 9. Februar 2015 (AB 242) lehnte die IVB mit Verfügung vom 17. Februar 2015 einen Rentenanspruch, wie angekündigt, ab (AB 243).

## **B.**

Mit Eingaben vom 15. und 20. März 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Fürsprecher C.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Februar 2015 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und er sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.

In der Begründung wird im Wesentlichen eine unvollständige Feststellung bzw. unrichtige Würdigung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts geltend gemacht.

Mit Eingabe vom 7. April 2015 reichte der Beschwerdeführer Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Mai 2015 (im Gerichtsossier) wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wegen Aussichtslosigkeit des Prozesses ab. Die Verfügung blieb unangefochten.

Mit Eingabe vom 24. Juni 2015 liess der Beschwerdeführer informieren, er habe mit einer stationären Traumatherapie begonnen. Zudem wurde um Berücksichtigung der Rechtsprechung gemäss Urteil des Bundesgerichts (BGer) 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 bei der Urteilsfindung gebeten.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 17. Februar 2015 (AB 243). Streitig ist der Rentenanspruch.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

## **2.2**

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Mit zur Publikation bestimmtem Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine bisherige Praxis, wonach die Überwind-

barkeit in Fällen mit Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen zu vermuten sei, aufgegeben. Zusammenfassend hat es namentlich festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten neu im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist fortan zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (Entscheid des BGer vom 7. Dezember 2009, 9C\_476/2009, E. 3.3).

**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.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmass-

nahmen 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99). 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).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhän-

gig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im psychiatrischen Gutachten vom 21. August 2011 führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) als Symptom einer dekompenzierten, möglicherweise durch ängstigende traumatisierende Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.7) entstandenen, narzisstischen und histrionisch-konversiven Neurose, ausgelöst anlässlich einer MRI-Untersuchung am 8. September 2008 bei seit dem Tod des Vaters im Juni 2007 vorbestehender, heute remittierter Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) auf; manifest als persistierende sekundäre, nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0; mit Hyperarousal und katathymen Phänomenen); als Folge davon eine Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Mühe mit dem Aufstehen, verminderte Tages-Vigilanz durch Müdigkeit, funktionelle kognitive Störungen (Konzentration, Auffassung), Beeinträchtigungen der emotionalen Belastbarkeit, der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit bzw. -konstanz und Produktivität, eine bisher nicht über 50 % steigerbare Arbeitsfähigkeit im IV-Arbeitstraining. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter periodisch rezidivierende Schmerzstörungen (ICD-10 F45.8; periorbital, Herzstechen), einen Tinnitus, eine medikamentös kompensierte juvenile arterielle Hypertonie, eine Pinealis-/Retentionszyste in der rechten Kieferhöhle, eine Tendenz zu Schwindel-/Synkopen sowie eine Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstisch-verletzlichen, ängstlich-selbstunsicheren, sensi-

tiv-expansiven und anankastischen Zügen (ICD-10 Z73.1) fest. Dem Beschwerdeführer sei 2009 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden. Die bisher letzte Tätigkeit bei Artification (im Rahmen der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_-Arbeitstrainings [vgl. AB 79/2]) sei nur bis zu einem knapp 50 %igen Pensum steigerbar gewesen. Das reduzierte Pensum berücksichtige die mehrheitlich symptomatik-bedingt verminderte Leistungsfähigkeit. Ein gewisser, eher geringerer Teil der Leistungsfähigkeitsminderung sei IV-fremd (Motivationsprobleme, Fluchtendenzen in Krankheitsgewinn). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe seit September 2008. Bei einer Verbesserung der Schlafproblematik (verbesserte ärztliche Beherrschung der panikartigen Intrusionen) seien angepasste Tätigkeiten überwiegend wahrscheinlich zu mindestens 70 % zumutbar. Dabei sollte der Arbeitsplatz motivieren und valorisieren, fordern (qualitativ und quantitativ, jedoch weder unter- noch überfordern), somit von der übermässigen Beschäftigung mit seinen Beschwerden ablenken, hinreichend, aber nicht extrem ermüden. Vom Tinnitus her dürfe der Arbeitsplatz nicht absolut still und nicht extrem lärmig sein (AB 105.1/18, 105.1/22 ff.).

**3.1.2** Im ärztlichen Zwischenbericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2012 wurden als Diagnosen eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), aktuell mittelschwere Depression, und Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.0) festgehalten. Es sei nicht klar festzustellen, wie hoch die Arbeitsunfähigkeit wegen der psychischen Belastung sei. Es sei der Wunsch des Beschwerdeführers, wieder in den Arbeitsprozess integriert zu werden. Auch aus ärztlicher Sicht sei es sinnvoll, einen schrittweisen Einstieg in den Arbeitsalltag zu versuchen, da ein Faktor des momentan belasteten psychischen Zustands die fehlende Tagesstruktur ausmache. Psychisch bestehe aufgrund der reduzierten Schlafdauer eine geringere Belastbarkeit. Ebenso könne deshalb die Ermüdung bei einer Arbeit erhöht sein. Die depressive Symptomatik stehe vor allem im Zusammenhang mit der fehlenden Tagesstruktur und sollte durch den Aufbau einer solchen (bspw. mittels Integration in den Arbeitsprozess) abnehmen. Aufgrund der depressiven Symptomatik beschreibe der Be-

schwerdeführer eine Reduktion der Konzentrationsleistung, die sich bei der Arbeit hinderlich auswirken könne. Grundsätzlich sei die bisherige Erwerbstätigkeit in der ... zumutbar. Hier lägen auch die Motivation und Fähigkeiten des Beschwerdeführers. Eine andere Tätigkeit würde zu einer Kränkung führen und sei daher zu vermeiden. Das Zumutbarkeitsprofil könne nur schwer beurteilt werden. Nach einem Belastbarkeitstraining wäre eine differenzierte Einschätzung möglich (AB 123/1 ff.).

**3.1.3** Im Bericht über die SUVA-kreisärztliche Untersuchung vom 14. Mai 2012 im Zusammenhang mit dem Motorradunfall vom 29. August 2009 wurden als Diagnosen eine posteriore Labrumläsion Schulter rechts und eine Brust- und Lendenwirbelsäulenkontusion aufgeführt. Aufgrund der Anamnese, der klinischen Befunde und der Zusatzuntersuchungen könne nur die Unfallkausalität für die Schultersymptomatik bejaht werden. Zumutbar seien sämtliche leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bis auf Schulterhöhe. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten, welche mit einer Elevation bzw. Abduktion des rechten Oberarms über Schulterhöhe einhergingen. Im Rahmen dieser Kriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar (AB 130.1/8 ff.).

**3.1.4** Im Arztbericht der Klinik J. \_\_\_\_\_, vom 12. Juli 2012 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), rezidivierende depressive Störungen, ohne somatische Syndrome (ICD-10 F33.00), eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0), ein Tinnitus und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) aufgeführt. Durch die genannten Diagnosen bestünden Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit und der Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer sei körperlich und geistig erschöpft, könne sich nicht auf die Arbeit konzentrieren, ermüde schnell, auch aufgrund der Schlafstörungen. Er werde durch die PTBS schnell abgelenkt, ermüde und sei unkonzentriert. Die körperlichen Beschwerden seitens des Unfalls könnten nicht beurteilt werden. Durch die psychiatrischen Diagnosen bestünden Einschränkungen, welche die bisherige Tätigkeit aktuell nicht zuliesse. Die Arbeitsfähigkeit müsste im Rahmen eines längeren Arbeitseinsatzes bzw. Rehabilitationsaufenthaltes überprüft werden (AB 139/2 ff.).

**3.1.5** Im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2013 wurden als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit langer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) mit Tag-Nacht-Umkehr, eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), ein Tinnitus, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61) und massive psychosoziale Belastungen durch Probleme mit der IV und dem Sozialdienst festgehalten (AB 236/7 f.).

**3.1.6** Im Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2013 wurden als Diagnosen eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine nichtorganische Insomnie und ein Tinnitus festgehalten. Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bei Austritt und weiterführend bis zum 15. April 2013 (AB 157/2 ff.).

**3.1.7** Im interdisziplinären Gutachten der G. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 25. August 2014 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, mit posttraumatischen Symptomen (ICD-10 F33.0), chronische Beschwerden an der rechten Schulter, eine Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links und ein Tinnitus beidseits festgehalten. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein chronisches zerviko- und thorakovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Beschwerden am linken Handgelenk, eine anlagebedingte Fehlsichtigkeit, eine chronische Benetzungsstörung, ein Zustand nach selbstdrainierter Kieferhöhlenzyste rechts, eine arterielle Hypertonie, anamnestisch eine Dislipidämie sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum aufgeführt. Vor allem die posttraumatischen Symptome seien für die Schlafstörung verantwortlich. Die depressive Symptomatik sei anlässlich der Untersuchung nur leicht ausgeprägt gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % vermindert. Zusätzlich bestehe noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die keinen weiteren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, aber die von somatischer Seite nicht objektivierbaren Beschwerden erkläre. Die angegebenen Beschwerden könnten aus somatischer Sicht nicht im vollen Ausmass mit den medizini-

schen Befunden erklärt werden. Die Belastbarkeit der rechten Schulter sei etwas vermindert. Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer auch in seinem Beruf als ... ausgeübt habe, seien ohne Leistungseinschränkung mit ganzem Pensum zumutbar. Aus HNO-ärztlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit qualitativ beeinträchtigt, indem Tätigkeiten mit erhöhtem Störlärm vermieden werden sollten. Im Übrigen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe für die Schmerzen im Oberkiefer keine Ursache gefunden werden können. Eine Nervenirritation liege nicht vor. Die Schlafproblematik bestehe aus neurologischer Sicht im Rahmen des psychischen Leidens. Aus neurologischer Sicht ergebe sich daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Die arterielle Hypertonie werde anamnestisch seit einigen Jahren behandelt. Hinweise für eine Kreislaufstörung bestünden klinisch nicht. Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit als ... sowie für eine andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, ganztätig mit vermehrten Pausen verwertbar. Tätigkeiten mit hohem Umgebungsgeräuschpegel sollten vermieden werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten werde davon ausgegangen, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch das psychische Leiden seit September 2008 bestehe. Während der Hospitalisationen sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen. Im Übrigen könne über die Zeit gemittelt keine höhere als die festgestellte Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden (AB 211.1/35 ff.).

**3.1.8** In einer Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014 zum MEDAS-Gutachten wird ausgeführt, die vorhandene psychiatrische Beeinträchtigung sei im Gutachten zu wenig gewichtet worden. Der Bericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012 habe im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht vorgelegen, sodass nicht alle IV-relevanten psychiatrischen Befunde in die gutachtliche Beurteilung einbezogen worden seien. Der Beschwerdeführer

sei mit einigen Unterbrechungen vom 27. Oktober 2008 bis 11. Dezember 2012 bei den Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ in der ambulanten psychiatrischen Behandlung gewesen. Mit Abschluss der Behandlung sei aufgrund der Erkenntnisse bezüglich des langjährigen und komplizierten Behandlungs- und Krankheitsverlaufs eine Anpassung der Diagnose erfolgt. Diese laute auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei insofern für die IV-Rentenbeurteilung relevant, als sie einen starken Einfluss auf den therapeutischen Behandlungserfolg (haben) und mit einer deutlich reduzierten sozialen und somit auch beruflichen Integration einhergehe (AB 236/3).

**3.1.9** Im Bericht vom 9. Februar 2015 hielten die MEDAS-Gutachter dazu fest, im Gutachten sei bereits ausgeführt worden, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden könne. Eine Persönlichkeitsstörung entstehe nicht einfach so, sondern entwickle sich seit Kindheit und manifestiere sich im frühen Erwachsenenalter auf Dauer. Der Schweregrad sei mehr oder weniger unabhängig von Phasen mit deutlicher Verschlechterung oder Verbesserung und bleibe mehr oder weniger gleich. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung würden früh auffallen, bereits in der Schule, spätestens aber in der Berufsausbildung. Aufgrund der schwer gestörten Persönlichkeit gelinge es ihnen kaum, einen Berufsabschluss zu machen. Es komme auch im Berufsleben immer wieder zu Abbrüchen und schliesslich würden sie ganz aus dem Erwerbsleben fallen, da sie immer wieder Probleme machen würden. Auch in den Beziehungen komme es zu Konflikten und Problemen, sodass sie schliesslich Einzelgänger blieben, jedoch nicht selbstgewollt, sondern aufgrund ihrer durch die Persönlichkeitsstörung bedingten Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen. Solche Menschen lebten oft einzelgängerisch. Der Beschwerdeführer sei aber vor seiner Erkrankung voll leistungsfähig gewesen. Er habe auch eine ... mit Lehrabschluss absolviert. Er habe im Rahmen seiner längsten Anstellung während fünf Jahren gearbeitet. Vom 18. bis zum 25. Lebensjahr habe er eine längere Beziehung gehabt und mit der Frau zwei bis drei Jahre zusammengelebt, bis die Beziehung wegen eines anderen Manns auseinander gegangen sei. Es bestünden möglicherweise akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und histrionischen Anteilen. Es sei aber nicht

plausibel, dass dem Beschwerdeführer die notwendige Willensanstrengung nicht möglich sei, um trotz seiner Schwächen in einer Tätigkeit, die somatisch angepasst sei und seinen Fähigkeiten entspreche und mit der er sich identifizieren könne, mit einer leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit aufgrund der affektiven Störung zu arbeiten (AB 242).

**3.2** Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. August 2014 (AB 211.1) ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen, in den Fachbereichen der Allgemeinen Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie, Ophthalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie sowie Psychiatrie durchgeführten Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie unter Würdigung der Vorakten erstellt. Das in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründete Gutachten erfüllt die vom Bundesgericht an den Beweiswert von solchen gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4 hiavor) und ist damit voll beweiskräftig.

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, auf die meisten der genannten Punkte seiner Lebensgeschichte sei im MEDAS-Gutachten nicht eingegangen worden (Eingabe vom 15. März 2015 im Gerichtsossier), ist zurückzuweisen. Den Gutachtern lagen die umfangreichen Akten vor, die u.a. seine persönliche und seine Krankengeschichte ausführlich dokumentieren (vgl. AB 211.1/4 ff.). Zudem fanden anlässlich der Untersuchungen weitere anamnestische Erhebungen statt, in deren Rahmen der Beschwerdeführer auch befragt wurde. Das MEDAS-Gutachten kann insoweit in keiner Weise als unzulänglich oder unvollständig bezeichnet werden.

Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

**3.3** Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung Schmerzen an verschiedenen Körperstellen an, namentlich in den Bereichen der rechten Schulter, der Halswirbelsäule, des Rückens sowie des linken Handgelenks (AB 211.1/18, 211.1/36). Die geklagten Beschwerden liessen sich in somatischer Hinsicht im Rahmen der Untersuchungen nur teilweise objektivieren (AB 211.1/22, 211.1/34 u. 211.1/36). Im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung wird jedoch in Anbetracht der sich mit

Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten verlangt, dass subjektive Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Soweit deshalb die Gutachter ihre einlässliche und nachvollziehbare Einschätzung des Zumutbarkeitsprofils und der Restarbeitsfähigkeit einzig auf der Basis der im Rahmen der klinischen und bildgebenden Untersuchungen nachweisbaren krankhaften Veränderungen vorgenommen haben (AB 211.1/36-38), ist dies aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Nebst der verminderten Belastbarkeit der rechten Schulter, welche zur Unzumutbarkeit körperlich schwerer Arbeiten führt, wurde namentlich auch dem Tinnitus und der festgestellten Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit Rechnung getragen, indem Tätigkeiten mit erhöhtem Störlärm ausgeschlossen wurden. Aus den übrigen Akten ergibt sich nichts anderes. So führte insbesondere auch die kreisärztliche Untersuchung vom 14. Mai 2012 abgesehen von den Befunden betreffend die rechte Schulter zu keinen weiteren relevanten Ergebnissen, insbesondere zu keinen die geklagten Schmerzen erklärenden strukturellen Veränderungen der Hals- und Brustwirbelsäule (AB 130.1/8-10). Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Kritik am MEDAS-Gutachten bezieht sich denn auch ausschliesslich auf die psychiatrische Einschätzung (Beschwerdeergänzung vom 20. März 2015, S. 5 ff., im Gerichtsossier).

### **3.4**

**3.4.1** In psychiatrischer Hinsicht besteht gemäss dem MEDAS-Gutachten als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0; AB 221.1/15). Praxisgemäss ist eine leichte depressive Episode grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheide des BGer vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3, vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Vorliegend haben die Gutachter jedoch überzeugend und in einlässlicher Auseinander-

setzung mit den medizinischen Vorakten dargelegt, dass es sich um eine seit 2008 bestehende rezidivierende depressive Störung leichten Grades handelt, in deren Rahmen auch die geklagten Schlafstörungen mit vermehrter Tagesmüdigkeit zu sehen sind (AB 211.1/16 f. Ziff. 4.1.4 f., 4.1.8). Aufgrund dieser länger andauernden, wenn auch insgesamt nur leicht ausgeprägten depressiven Störung wurde nachvollziehbar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % seit 2008 festgehalten (AB 211.1/16 Ziff. 4.1.5). Gemäss den Gutachtern war diese Arbeitsunfähigkeit höchstens während den stationären Behandlungen möglicherweise stärker ausgeprägt (AB 211.1/16 Ziff. 4.1.6). Hierzu ergibt sich aus den echtzeitlichen Unterlagen, dass die Hospitalisation in der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 14. April 2009 bis 20. Mai 2009 vorab der Behandlung des Tinnitus diente (AB 22/1). Zudem wurde im Austrittsbericht vom 8. Juli 2009 nur eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) festgehalten (AB 22/3). Vom 15. Juni 2012 bis 19. Juli 2012 befand sich der Beschwerdeführer in der Klinik J. \_\_\_\_\_. Auch hier wurde im Arztbericht vom 12. Juli 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), aufgeführt (AB 139/2). Einzig im Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ über die Hospitalisation vom 22. Januar 2013 bis 21. März 2013 wurde für die Dauer des Aufenthalts eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), festgehalten, was jedoch in Anbetracht der kurzen Dauer von weniger als drei Monaten zum Vornherein nicht zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; vgl. auch Entscheid des BGer vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Damit bleibt es bei der von den Gutachtern postulierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % seit 2008.

**3.4.2** Die teilweise abweichenden Diagnosen und daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeiten anderer Ärzte vermögen die gutachterliche Einschätzung aus nachfolgenden Gründen nicht in Zweifel zu ziehen:

Die in verschiedenen Berichten (AB 105.1/18, 105.2/4, 123/1, 139/2, 157/2, 236/7) aufgeführte nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) liegt nicht vor. Eine solche könnte gemäss den Gutachtern nur diagnostiziert werden, wenn keine andere psychische Störung – wie hier die rezidivierende depressive Störung – als Ursache vorläge (AB 211.1/17 Ziff. 4.1.8; vgl. auch

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 253).

Bezüglich der in den Berichten der Kliniken J.\_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 (AB 139/2) und K.\_\_\_\_\_ vom 25. März 2013 (AB 157/2) aufgeführten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) fehlt es an einem belastenden Ereignis in der geforderten Schwere. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung entsteht eine PTBS gemäss den diagnostischen Leitlinien allein als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein (Entscheid BGer vom 15. Juli 2010, 8C\_754/2009, E. 5.3.3). Ein solch einschneidendes Ereignis ist vorliegend nicht ersichtlich (AB 211.1/17 Ziff. 4.1.8), insbesondere auch nicht hinsichtlich der vom Beschwerdeführer beschriebenen belastenden Situationen im Zusammenhang mit dem schwierigen ehelichen Verhältnis seiner Eltern bzw. der vom Vater gegenüber der Mutter ausgeübten Gewalt oder des im Jahr 2009 erlittenen Motorradunfalls (vgl. AB 105.1/7, 157/3 f., 211.1/12 f.; Beschwerde vom 15. März 2015, S. 1 ff. [im Gerichtsossier]).

Die Diagnose einer (eigenständigen) Panikstörung (vgl. AB 105.1/18) konnten die Gutachter nicht bestätigen, da gemäss der ICD-10 hierfür ein häufiges Auftreten anfallsartiger Angst mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und zwar unabhängig von der Situation vorausgesetzt sei, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei (AB 211.1/17). Jedoch haben die Gutachter der geklagten, nachts auftretenden posttraumatischen Symptomatik, v.a. den traumatische Erinnerungen, der Angst sowie Erregtheit, und den damit verbundenen Schlafstörungen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung und der daraus abzuleitenden 20 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen (AB 211.1/15 Ziff. 414).

Weiter vermögen auch die Berichte der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014 (AB 236/3 f.) und 8. Januar 2013 (AB 236/7 ff.), wonach seit September 2012 (AB 236/7) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61) vorliegen soll, an den Schlussfolgerungen der MEDAS nichts zu ändern. Entgegen der vorab im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014 vertretenen und vom Beschwerdeführer übernommenen Auffassung (Eingabe vom 20. März 2015, S. 5 ff.) wurde bereits im MEDAS-Gutachten vom August 2014 und zusätzlich im Bericht vom 9. Februar 2015 (AB 242) mit Verweis auf die erhobenen Befunde und den Krankheitsverlauf nachvollziehbar dargelegt, dass möglicherweise etwas selbstunsichere Persönlichkeitszüge, mit Sicherheit jedoch keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (AB 211.1/15 Ziff. 4.1.4). Auch aus keinem weiteren in den Akten liegenden Bericht ergeben sich Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung, insbesondere nicht aus dem Bericht vom 12. Juli 2012 der Klinik J. \_\_\_\_\_ über die Hospitalisation vom 15. Juni bis 19. Juli 2012 (AB 139/2 ff.). Weshalb nur knapp zwei Monate später (ab September 2012; vgl. AB 236/7) auf einmal von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen sein sollte, wird in den Berichten der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ nicht erläutert, womit nicht darauf abzustellen ist.

**3.4.3** Schliesslich halten die Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachtens vom 25. August 2014 auch der in der Zwischenzeit mit BGer 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 eingeleiteten Praxisänderung betreffend die Auswirkungen somatoformer Schmerzstörungen und anderer psychosomatischer Leiden (vgl. E. 2.2.2 hiervor) stand.

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder ge-

richtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGer 9C\_492/2014, E. 8).

Das Bundesgericht hält im erwähnten Entscheid weiter fest, dass die Sachverständigen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so begründen sollten, dass die Rechtsanwender nachvollziehen könnten, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten seien. Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung sei vermehrt Rechnung zu tragen: Als „vorherrschende Beschwerde“ verlangt werde „ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz“. Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen, bspw. dissoziativen, Störungen, die nicht schon an sich einen Bezug zum Schweregrad aufweisen würden, setze die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus. ICD-10 Ziff. F45.4 beschreibe als gewöhnliche Folge denn auch „eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung“ (BGer 9C\_492/2014, E. 2.1.1). Die gutachtlichen Ausführungen zur Diagnose seien nicht nur im Hinblick auf eine gesicherte Feststellung des Krankheitswertes bedeutsam. Vielmehr würden die in der Klassifikation vorausgesetzten konkreten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgegriffen. Die gestellte Diagnose sei „Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen“. In den „konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation“ einzubeziehen seien nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen seien. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehörten, werde mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg könnten geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (a.a.O., E. 2.1.2).

Die MEDAS-Gutachter haben zwar mit Hinweis auf die „doch etwas ausweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend erklären lässt“ (AB 211.1/15 Ziff. 4.1.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aufgeführt, dies konsequenterweise jedoch unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 211.1/15 Ziff. 4.1.3, 211.1/35 Ziff. 5.2). Denn wie in E. 3.4.1 hiervor festhalten wurde, wird der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht aufgrund der schlüssigen gutachterlichen Ausführungen allein im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung unter Berücksichtigung der Schlafstörungen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (AB 211.1/16 f. Ziff. 4.1.4 f.). Damit fehlt es hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung am diagnose-inhärenten Mindestschweregrad (vgl. BGer 9C\_492/2014, E. 2.1.1). Bestehen mit Bezug auf die Schmerzstörung – wie hier – zum Vornherein keine Funktionseinschränkungen, entfällt auch deren Plausibilisierung anhand der massgeblichen Indikatoren (vgl. BGer 9C\_492/2014, E. 2.1.2). Mangels Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist der invalidisierende Charakter des Schmerzgeschehens ohnehin zu verneinen.

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Gesagten zu Recht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt. Gestützt darauf ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221), dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten Tätigkeit als ... als auch in anderen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ganztags arbeitsfähig ist unter Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 20 % wegen vermehrten Pausenbedarfs (AB 211.1/38 Ziff. 6.8). Bei diesem Beweisergebnis erübrigen sich weitere vom Beschwerdeführer beantragte Beweismassnahmen.

#### **4.**

Auf dieser Basis ist im Folgenden die Invaliditätsbemessung zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor).

**4.1** 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 angepassten 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Dabei gilt es 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).

**4.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Gemäss Gutachten besteht die invaliditätsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % seit September 2008 (AB 211.1/37 Ziff. 6.3; vgl. AB 6/13, 33/2), womit für den Einkommensvergleich auf die Verhältnisse des Jahres 2009 abzustellen ist.

**4.3** Der Beschwerdeführer hat eine Lehre als ... absolviert und in der Folge während mehreren Jahren bei verschiedenen Arbeitgebern als ... bzw. ... gearbeitet. Er verfügt zudem über eine Weiterbildung als ... (AB 24/8, 37). Zuletzt war er als ... bei der M. \_\_\_\_\_ tätig. Gemäss dem Arbeitgeberbericht wurde ihm diese Anstellung per 31. Mai 2009 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (AB 13/1, 13/4). Aus dem MEDAS-Gutachten geht jedoch auch hervor, dass die Tätigkeit beendet worden sei, weil zu wenig geeignete Arbeit vorhanden gewesen sei und die IV nicht länger eine Unterstützung habe leisten können (AB 211.1/10 Ziff. 3.1.2). Ob unter diesen Umständen der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall ununterbrochen bei der M. \_\_\_\_\_ weitergearbeitet hätte, womit die Berechnung des Valideneinkommens auf der Basis des dort erzielten Einkommens zu erfolgen hätte, oder ob davon auszugehen wäre, dass er aus wirtschaftlichen Gründen eine andere Stelle hätte annehmen müssen, womit auf ein Durchschnittseinkommen im Maschinenbau gemäss LSE abzustellen wäre, kann offen bleiben. Der 2008 bei der M. \_\_\_\_\_ ohne gesundheitliche Einschränkungen erzielte Lohn betrug gemäss Arbeitgeberangaben Fr. 5'850.-- pro Monat bzw. Fr. 76'050.-- jährlich (inkl. 13. Monatslohn). Demgegenüber beträgt das an die betriebsübliche Arbeitszeit angepasste statistische Durchschnittseinkommen eines Facharbeiters in der Maschinenbauindustrie per 2008 Fr. 74'882.40 (inkl. 13. Monatslohn; Fr. 6'088.-- x 12 / 40 x 41; Bundesamt für Statistik [BFS], LSE 2008, Tabelle TA1, Maschinen und Fahrzeugbau, Anforderungsniveau 3 [Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt], Männer; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Maschinenbau, 2008). Selbst wenn im Folgenden der

höhere und damit für den Beschwerdeführer grundsätzlich günstigere Wert von Fr. 76'050.-- als Valideneinkommen herangezogen wird, resultiert, wie hiernach darzulegen ist, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

**4.4** Gemäss dem MEDAS-Gutachten ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... bzw. ... weiterhin ganztags zumutbar, wobei wegen eines behinderungsbedingt vermehrten Pausenbedarfs eine Leistungseinschränkung von 20 % zu berücksichtigen ist. Damit ist zur Berechnung des Invalideneinkommens das in E. 4.3 hiervoor bereits festgehaltene statistische Durchschnittseinkommen eines Facharbeiters in der Maschinenbauindustrie von Fr. 74'882.40 heranzuziehen. Da den behinderungsbedingten Einschränkungen im Rahmen des von den Gutachtern attestierten Leistungsvermögens Rechnung getragen wird und darüber hinaus ein Abzug weder aufgrund des Alters (39 Jahre im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung [vgl. AB 2/1]) noch hinsichtlich des (voll zumutbaren [vgl. E. 3.5 hiervoor]) Arbeitspensums gerechtfertigt ist, entfällt vorliegend ein Tabellenlohnabzug. Das zu berücksichtigende Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 59'905.90 (Fr. 74'882.40 x 0.8).

**4.5** Bei einem Valideneinkommen von maximal Fr. 76'050.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'905.90 beträgt die Erwerbseinbusse Fr. 16'144.10. Dies entspricht einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Im Übrigen resultierte auch dann ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (29 %), wenn zusätzlich zur Leistungseinschränkung von 20 % ein – nach E. 4.4 hiervoor jedoch ungerechtfertigter – Tabellenlohnabzug von 10 % berücksichtigt würde (Fr. 76'050.-- - [Fr. 74'882.40 x 0.8 x 0.9] / Fr. 76'050.-- x 100).

Die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2015 ist demnach im Ergebnis rechtens. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## 5.

Das vom Beschwerdeführer am 20. März 2015 für das vorliegende Verfahren gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wurde mit prozessleitender Verfügung vom 8. Mai 2015 abgewiesen. Damit ist hinsichtlich der Kostenfolgen Folgendes festzuhalten:

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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (inkl. Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2015)

- 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.