

200 15 901 IV  
SCP/FRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 26. April 2016**

Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Franzen

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. September 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. Januar 2013 unter Hinweis auf eine Krankheit erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie das von der Zürich Versicherungsgesellschaft in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Mai 2013 ein (act. II 16.3) und beauftragte die E.\_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (MEDAS-Gutachten vom 5. März 2015; act. II 95.1). Mit Vorbescheid vom 23. April 2015 stellte die IVB dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 102). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. C.\_\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_\_, Einwand und begründete diesen mehrfach (act. II 112; 114; 115). Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 117) teilte die IVB dem Versicherten mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens beauftragt werde (act. II 122). Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 124). Mit Verfügung vom 11. September 2015 (act. II 125) hielt sie an ihrem Vorgehen fest.

### **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin Dr. C.\_\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_\_, am 14. Oktober 2015 Beschwerde und beantragt das Folgende:

Die Zwischenverfügung vom 11. September 2015 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Anordnung einer psychiatrischen Begutachtung durch Herrn Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine unzulässige second opinion und zudem eine unnötige Beweismassnahme und damit eine

Rechtsverzögerung darstellt. Weiter sei festzustellen, dass die Begutachtung durch Herrn Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch deshalb unzulässig ist, weil er infolge Vorbefassung befangen ist. Schliesslich sei festzustellen, dass die IV-Stelle ein konsensorientiertes Vorgehen hätte wählen müssen.

Die IV-Stelle sei sodann anzuweisen, unverzüglich über den ausgewiesenen Rentenanspruch gestützt auf die schlüssigen Schlussfolgerungen des polydisziplinären Gutachtens der E. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2015 zu entscheiden.

Eventualiter sei die Zwischenverfügung vom 11. September 2015 aufzuheben und die IV-Stelle anzuweisen, den Gutachtern Gelegenheit zu geben, ihr Gutachten zu erläutern.

Dem Beschwerdeführer sei das Recht zur unentgeltlichen Prozessführung – beschränkt auf die Verfahrenskosten – zu gewähren.

- unter Entschädigungsfolge -

Mit Eingabe vom 3. November 2015 reichte der Beschwerdeführer das UR-Gesuchsformular inkl. Beilagen zu den Akten (unpaginierte Akten des Beschwerdeführers [act. IA]).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. November 2015 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. März 2016 stellte der Instruktionsrichter insbesondere fest, dass das Konto des Beschwerdeführers ... Nr. 23591231326.0 einen Restsaldo von Fr. 12'811.26 auswies (act. IA) und dieser Betrag über dem bei der Vermögens- und Bedarfsberechnung üblicherweise nicht anrechenbaren „Spargroschen“ liegt. Der Beschwerdeführer erhielt Gelegenheit bis am 20. April 2016, das UR-Gesuch oder die Beschwerde zurückzuziehen oder eine Stellungnahme einzureichen. Mit Eingabe vom 20. April 2016 (in den Gerichtsakten) nahm der Beschwerdeführer Stellung zum UR-Gesuch und reichte verschiedene Kontoauszüge sowie eine Bestätigung betreffend „Zinsloses Darlehen“ ein (act. IA 1 ff.).

## **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. 58 ATSG). Bei der angefochtenen Verfügung, welche die Anordnung einer medizinischen Expertise zum Inhalt hat, handelt es sich, da sie das Administrativverfahren nicht abschliesst, um eine selbständig eröffnete Zwischenverfügung (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [VwVG; SR 172.021]). Gegen eine solche kann direkt Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 ATSG; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 49 N. 33 und Art. 56 N. 14). Zwischenverfügungen sind gemäss Rechtsprechung nur dann selbständig anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können. Im Kontext der Gutachtensanordnung hat das Bundesgericht das Erfordernis des nicht wieder gutzumachenden Nachteils der versicherten Person für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren bejaht (BGE 138 V 271 S. 275 E. 1.2.1 und S. 276 E. 1.2.3, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 256). 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** Anfechtungsobjekt bildet die Zwischenverfügung vom 11. September 2015 (act. II 125). Streitig und zu prüfen ist die Beauftragung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens.

**1.3** Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Zwischenverfügungen und Zwischenentscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. b 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** Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

**2.2** Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

**2.3** Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 140 V 507 E. 3.1 S. 510, 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

**2.4** Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2015 IV Nr. 23 S. 70 E. 6.1.1).

Der Umstand, dass sich ein Sachverständiger schon einmal mit einer Person befasst hat, schliesst später dessen Beizug als Gutachter nicht zum Vornherein aus. Eine unzulässige Vorbefassung liegt auch dann nicht vor, wenn er zu (für eine Partei) ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt. Anderes gilt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, etwa wenn die sachverständige Person ihren Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Voreingenommenheit trotz Vorbefassung ist zu verneinen, wenn das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Experte andere Fragen zu beantworten oder sein

erstes Gutachten lediglich zu erläutern oder zu ergänzen hat, nicht aber, wenn er die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen hat (SVR 2013 IV Nr. 30 S. 90 E. 5.3.2).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2013 (act. II 13 S. 8 ff.) diagnostizierten die Ärzte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei psychosozialer Belastungssituation sowie einen Morbus Menière mit starkem Tinnitus (S. 8). Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer stecke in einer zähen Depression fest, die umso schwerer zu behandeln sei, als dass er auf Antidepressiva eine Verstärkung des Tinnitus erlebe, mit dem er eh schon schlecht zurecht komme. Die langjährige Belastungs- und Konfliktsituation mit der psychisch kranken Ehefrau wirke auch symptomhaltend. Aufgrund der Chronifizierung sei sicher von einer langfristigen Planung der Behandlung auszugehen (S. 9).

**3.1.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 14. Mai 2013 (act. II 16.3) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Burn-out-Entwicklung (ICD-10 Z73.0) mit ausgeprägtem neurasthenischem Syndrom (ICD-10 F48.0) und aktuell mittlerem Depressionsgrad bei einem Status nach prolongierter psychosozialer Belastungssituation (Arbeitsplatz [ICD-10 Z56.6/4/0/1]; Ehe/Familie [ICD-10 Z63.7/0]), bei Verdacht auf teils aufgepropte Anpassungsstörungen; mit Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) mit einer Disposition zu Panik (ICD-10 F41.0), generalisierter Angst (ICD-10 41.1), somatoformer autonomer Funktionsstörung (kardiovaskuläres System ICD-10 F45.30) sowie einen Tinnitus bei Morbus Menière. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Gutachter einen Status nach HWS-Distorsion bei Unfall 1995 (S. 11).

Zum Befund führte der Gutachter aus, das Interview strenge den Beschwerdeführer im Verlauf anscheinend stark an und koste ihn viel Energie,

was bald einmal sehr deutlich spürbar werde. Die Thymie sei inkonstant, aber im Schnitt mittelgradig niedergestimmt. Schuldgefühle und Suizidalität würden verneint. Die Hauptklagen beträfen eine neurasthenisch-depressive Malaise mit Müdigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Energiemangel, Anhedonie, Mangel an Lebensfreude, stimmungsmässig eine Zirkadianizität mit leichter Besserung gegen Abend, laut den Angaben des Beschwerdeführers leide er oft an nächtlicher Angst/Panik mit hypochondrischen und vegetativen Angst-Äquivalenten (Da-Costa-/Herzinfarktphobie, trockener Mund, Durchfall) sowie leichten Kontrollzwängen. Der Appetit werde als gut bezeichnet, sexuelle Appetenz dagegen sei gar nicht vorhanden. Der Hamilton-Test (Selbstbeurteilung) spreche mit einem Score von 31 für eine schwere Depression (was mit der Klinik nicht korreliere; S. 8 ff.). Die Störungsentwicklung stehe einerseits mit vorbestandene akzentuierten Persönlichkeitszügen, somatoformer autonomer Funktionsstörung, andererseits (symptomauslösend) mit erheblichen und langjährigen psychosozialen Belastungen (Arbeitsplatz) im Zusammenhang. Zurzeit sei die Symptomatik nicht remittiert. Zu bedauern sei, dass es bisher offenbar nicht möglich gewesen sei, eine suffiziente antidepressive Therapie zu installieren (S. 12). Eine geistig anspruchsvolle und/oder emotional belastende berufliche Tätigkeit, wie die zuletzt innegehabte als ... sei zurzeit noch nicht möglich. Nach dem misslungenen Versuch in F. \_\_\_\_\_ erscheine ein weiterer Therapie-/Reha-Versuch als günstige Option. Nachher sollte, beginnend ab 50%, eine berufliche Reintegration möglichst zügig an die Hand genommen werden, um einer allfälligen invalidisierenden Entwicklung zu begegnen. Nachdem die IV (Frühintervention) bereits involviert sei, überlasse man Abklärungen bezüglich angepasster Tätigkeit günstigerweise den dortigen Eingliederungs-Spezialisten. Die Arbeitsunfähigkeit sei rein krankheitsbedingt; auslösend spiele neben der beruflichen die eheliche/familiäre Belastungssituation eine nicht unerhebliche Rolle; eine Prise en Charge bei der Ehefrau (evt. auch Egetherapie) erscheine als dringlich indiziert (S. 13).

**3.1.3** Nachdem der Beschwerdeführer in der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ während rund sechs Wochen hospitalisiert gewesen war, diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Bericht vom 13. Juni 2013 (act. II 19 S. 2 ff.) eine schwer depressive

Episode (ICD-10 F32.2), einen Status nach schwer depressiver Episode ca. 1997 und Erschöpfungsdepression 2005 bei Persönlichkeitsstörung mit schizoiden (ICD-10 F60.1) paranoiden (ICD-10 F60.0) und selbstunsicheren (ICD-10 F60.6) Symptomen, in psychosozialer Belastungssituation mit chronischen familiären Spannungen (ICD-10 Z63.0, Z63.1) und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.0) sowie einen Morbus Menière und einen Tinnitus rechts. Die Ärztin führte aus, in der durch Migration und Trennungen belasteten Situation der Herkunftsfamilie habe der Patient wenig Unterstützung gefunden, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, Selbstsicherheit zu entwickeln und habe seine Identität weitgehend über seine Leistungsfähigkeit definiert. Der infolge eines nicht ausreichend behandelten Burnouts seit 2005 und den gesundheitlichen Einbussen durch Morbus Menière wegfallende berufliche Erfolg habe eine existentielle Krise mit lähmenden Angst- und Schamgefühlen ausgelöst. Wie bereits nach dem Schleudertrauma 1997 habe diese Existenzangst durch die paranoid-depressive Verarbeitungstendenz in einer schwer depressiven Episode gemündet. Der cerebelläre Defekt im MRI und die aktuellen neuropsychologischen Tests sowie die geringe Besserung der kognitiven Symptome bei Aufhellen der Depression liessen auf eine hirnorganische Beteiligung schliessen. Zusätzlich erschwerend sei die Verstärkung der Schwindelsymptome und des Tinnitus unter psychischer Belastung (S. 2).

**3.1.4** Im Austrittsbericht der Klinik I. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2014 (act. II 61 S. 2 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) mit/bei psychosozialer Belastungssituation, ein mittelgradiges kombiniertes Schlafapnoe-Syndrom, eine leichte obstruktive Ventilationsstörung, Adipositas, einen Vitamin-D-Mangel sowie einen Tinnitus (S. 2). Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer habe motiviert am Therapieprogramm teilgenommen. Teilweise hätte er Gruppentherapien verlassen müssen wegen Übermüdung durch starke Emotionen und er hätte wegen Reizüberflutung nicht an den Therapien in der Sporthalle teilnehmen können. Er hätte berichtet, er sei durch die Müdigkeit häufig ungeduldig und gereizt und gehe daher teilweise seinen Mitmenschen aus dem Weg. Er sei wütend und traurig darüber, dass er krank sei. Psychopharmakologisch sei die antidepressive Medikation von Wellbutrin auf Venlafaxin umgestellt. Er habe bei un-

verändert ausgeprägter Müdigkeit und Erschöpfung in einem affektiv stabileren Zustand nach Hause entlassen werden können. Ausser der ambulanten psychiatrischen Weiterbehandlung hätte er keine weiteren Therapien gewünscht, da er sich zuhause wieder um seine Frau kümmern müsse (S. 4).

**3.1.5** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 5. März 2015 (act. II 95.1) stellten die Experten nach internistischen, psychiatrischen, neurologischen und pneumologischen Untersuchungen im polydisziplinären Konsens die folgenden Diagnosen (S. 48):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, Erschöpfungsdepression (ICD-10 F33.1)
- Rechtsseitiger Tinnitus und Hörminderung April 2007, aktenanamnestisch Diagnose eines Morbus Menière 2009
- Passagerer Drehschwindel 2005 und 2014, ohne Hinweis auf zentrale oder peripher-vestibuläre Genese

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

- Akzentuierte leistungsorientierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- Unsystematischer Drehschwindel, ohne Hinweis auf zentrale oder peripher-vestibuläre Genese
- Rezidivierende Sehstörungen, a.e. visuelle Aura
- Primäre Kopfschmerzen, Differentialdiagnose: Migräne mit visueller Aura
- Leichtes allergisches Asthma bronchiale, Nachweis einer leichten fixierten obstruktiven Ventilationsstörung
- Mittelschweres kombiniertes Schlafapnoesyndrom (ED Juni 2014 Klinik I. \_\_\_\_\_), unter erfolgreicher CPAP-Therapie
- Adipositas, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe diejenige Erkrankung, die man umgangssprachlich als „Burnout“ bezeichne, die aber medizinisch gesehen einer depressiven Episode entspreche. Er erfülle alle drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressi-

ven Episode gemäss der ICD-10. So sei seine Stimmung betrübt, der Antrieb stark eingeschränkt und es bestehe auch eine Freudlosigkeit und Interessenlosigkeit. Er mache zwar noch einiges im Haushalt, müsse sich dazu aber aufraffen, was nachvollziehbar sei. Er erfülle von den weiteren Kriterien diejenigen von Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsproblemen, einer inneren Leere und eines eingeschränkten Selbstbewusstseins. Damit könne er weiterhin die Diagnose einer depressiven Episode stellen und der Schweregrad sei weiterhin wie bereits im Bericht der Klinik I. \_\_\_\_\_ (act. II 61; vgl. E. 3.1.4 hiervor) mittelgradig ausgeprägt. Der Schweregrad der Erkrankung passe auch gut mit den Aktivitäten des Beschwerdeführers zusammen. So könne er zwar noch gewisse Sachen in seinem Leben machen, diese aber nur mit einer Anstrengung durchführen. Weil er in den Jahren 1997 und wahrscheinlich auch 2005 bereits jeweils eine depressive Episode gehabt hätte und es zwischendurch auch Zeiten ohne depressive Symptome gegeben habe, habe er auch eine rezidivierende depressive Störung. Die Erkrankung sei durch das sehr stark ausgeprägte berufliche Engagement und die dadurch verursachte Überarbeitung ausgelöst worden, aber auch durch die Mobbing-situation beim letzten Arbeitgeber. Die Ursache der depressiven Episoden sei aber eigentlich nicht die berufliche Überlastung, sondern die stark ausgeprägten akzentuierten, leistungsorientierten Persönlichkeitszüge. Diese akzentuierten Persönlichkeitszüge zusammen mit guten fachlichen Fähigkeiten und einer guten Ausstrahlung hätten dazu geführt, dass der Beschwerdeführer ein guter ... gewesen sei und relativ rasch im ... Leitungsfunktionen habe annehmen können. Die akzentuierten leistungsorientierten Persönlichkeitszüge hätten dann aber im weiteren Verlauf dazu geführt, dass er sich bei allen Arbeitsstellen überlastete (S. 35 Ziff. 5.4.3). Er habe aber auch einige Ressourcen. So sei er intelligent und sei beruflich sehr erfolgreich gewesen. Zudem sei er bereits lange verheiratet und führe eine stabile, gute Ehe (S. 36 Ziff. 5.4.4). Die akzentuierten, leistungsorientierten Persönlichkeitszüge könnten auch nicht alleine mittels Willensanstrengung überwunden werden, könnten aber auch behandelt werden (S. 36 Ziff. 5.4.5). Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, dass diese in der zuletzt durchgeführten Tätigkeit als ... zu 100% eingeschränkt sei (S. 37 Ziff. 5.6.1). Auch wenn der Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode habe und nicht eine schwergradige depressive Episode, sei die Arbeitsfähigkeit aktuell für alle Tätigkei-

ten im ersten Arbeitsmarkt eingeschränkt. Der Grund dafür sei, dass der Beschwerdeführer stark ausgeprägte, akzentuiert, leistungsorientierte Persönlichkeitszüge habe, durch die er sich bei einer Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit wieder relativ rasch stark überlasten würde, wodurch der Schweregrad der depressiven Episode relativ rasch zunehmen und auch rasch schwergradig ausgeprägt sein könnte (S. 37 Ziff. 5.6.3).

In allgemein-internistischer, neurologischer und pneumologischer Hinsicht sei die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt (S. 49 f. Ziff. 7.2.3).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen 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).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin geht in der hier angefochtenen Verfügung vom 11. September 2015 (act. II 125) davon aus, dass das psychiatrische Teilgutachten vom 5. März 2015 (act. II 95.1 S. 30 ff.) die rechtsspre-

chungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert solcher Berichte nicht erfülle. Sie bringt vor, das Gutachten leuchte weder in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge noch in der Beurteilung der medizinischen Situation – insbesondere der Arbeitsfähigkeit – ein. Weiter macht sie geltend, dass diverse invaliditätsfremde, psychosoziale Faktoren (Arbeitsplatzproblematik, Kündigung, Erkrankung der Ehefrau) bestünden, wobei aus dem MEDAS-Gutachten nicht klar hervorgehe, inwiefern diese das Beschwerdebild begründen und aufrechterhalten.

**3.3.2** Aus dem MEDAS-Gutachten vom 5. März 2015 (act. II 95.1) geht hervor, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzig aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt ist. Die allgemein-internistischen, neurologischen und pneumologischen Befunde haben keine Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen (AB 95.1 S. 49 f. Ziff. 7.2.3). Dies ist unter den Parteien unbestritten. Ebenso unbestritten ist die Feststellung, dass der Beschwerdeführer – bei akzentuierten Persönlichkeitszügen – an einer Erschöpfungsdepression, mittelgradiger Ausprägung leidet (vgl. act. II 16.3 S. 11; act. II 95.1 S. 48 Ziff. 7.1) und diese grundsätzlich auch behandelbar ist (act. II 16.3 S. 12; 95.1 S. 53 Ziff. 8.3). Umstritten ist dagegen die Beurteilung der MEDAS-Gutachter, wonach die stark ausgeprägten, akzentuiert leistungsorientierten Persönlichkeitszüge jedwede Verwertung einer Rest- oder nach erfolgter Behandlung wiedererlangten Arbeitsfähigkeit verunmöglichen, weil sich der Beschwerdeführer bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit wieder relativ rasch stark überlasten würde (act. II 95.1 S. 37 und 52).

Diese Beurteilung steht einerseits im Widerspruch zu der im MEDAS-Gutachten gestellten Z-Diagnose (akzentuierte leistungsorientierte Persönlichkeitszüge [ICD-10 Z73.1]; act. II 95.1 S. 48 Ziff. 7.1.2), die dann folgerichtig auch unter den Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde. Andererseits widerspricht sie der Einschätzung, dass die akzentuierten, leistungsorientierten Persönlichkeitszüge behandelt werden können (act. II 95.1 S. 36). Die gutachterliche Einschätzung, wonach es sich bei den akzentuierten Persönlichkeitszügen weder um eine persönlichkeitsinhärente Disposition zu Panik, generalisierter Angst und somatoformer autonomer Funktionsstörung (act. II 95.1 S. 34

i.V.m act. II 16.3 S. 11) noch um eine akzentuierte, schizoide, paranoide oder selbstunsichere Persönlichkeitsstörung handle (act. II 95.1 S. 35 f. i.V.m act. II 19 S. 2), begründet der Gutachter ausschliesslich aufgrund der aus den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gewonnen Erkenntnis, wonach der Beschwerdeführer ein beruflich erfolgreicher ... gewesen sei, wozu es einer guten Ausstrahlung bedürfe, um die Leute für sich zu gewinnen (act. II 95.1 S. 35 f. und S. 49 Ziff. 7.2.2). Ob es sich beim Beschwerdeführer, wie er es den behandelnden Ärzten und Gutachtern durchwegs berichtet hat, tatsächlich um einen dauerhaft erfolgreichen ... gehandelt hat, ist in den Akten nicht durch entsprechende Arbeitgeberangaben dokumentiert und erscheint aufgrund der sich aus dem IK-Auszug (act. II 8 S. 5 f.) ergebenden häufigen Stellenwechseln - insbesondere seit dem Jahr 1993 mit zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit - zumindest fraglich und damit weiter abklärungsbedürftig. Die Feststellung, dass der Beschwerdeführer seit Jahren in psychosozial schwierigen Verhältnissen lebt, namentlich bei der Angsterkrankung seiner Ehefrau ein ungelöst chronischer Ehekonflikt (act. II 13 S. 9, 13, 18, 28, 29, 32, 34, 38; 19 S. 2; 61 S. 3) sowie langjährige Konflikte zur Herkunfts- und Schwiegerfamilie bestehen (act. II 61 S. 3), zieht sich wie ein roter Faden durch die medizinischen Akten. Da diese familiären Belastungsfaktoren von den MEDAS-Gutachtern, welche aktenwidrig davon ausgehen, der Beschwerdeführer führe eine „stabile, gute Ehe“ (act. II 95.1 S. 36 Ziff. 5.4.4 und S. 51 Ziff. 7.2.4), bei der Beurteilung des Krankheitsbildes ausser Acht gelassen werden und zudem mit der akzentuierten beruflichen Leistungsorientierung nicht in einem direkten Zusammenhang zu stehen scheinen, vermag auch die sich aus der Beurteilung ergebende Erklärung, die psychosozialen Belastungsfaktoren seien als Folge der leistungsorientierten Persönlichkeitszüge zu werten (act. II 95.1 S. 35 Ziff. 5.4.3) nicht zu überzeugen. In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu verweisen, dass Anlass zur stationären Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_ ein Ehekonflikt – nach einer Auseinandersetzung ist die Ehefrau vorübergehend ausgezogen – und nicht ein Arbeitsplatzkonflikt gab (act. 13 S. 9 und 13).

Weiter wird die vom RAD-Arzt in der Stellungnahme vom 21. November 2013 (act. II 26) aufgrund der Feststellung, dass der Beschwerdeführer häufige Konflikte in sozialen Beziehungen zeige (z.B. mit Vorgesetzten; vgl.

act. II 16.3 S. 5; 95.1 S. 31 Ziff. 5.2.1;), aufgeworfene Frage, ob bei der Persönlichkeitsstruktur nicht auch von einer narzisstischen Komponente auszugehen sei, im MEDAS-Gutachten nicht beantwortet.

Weil sich der Gutachter zudem auch mit der von den Ärzten der Klinik F.\_\_\_\_\_ getroffenen Beurteilung, wonach die langjährige Belastungs- und Konfliktsituation mit der psychisch kranken Ehefrau symptomterhaltend wirke (act. II 13 S. 9; vgl. act. II 16.3 S. 12) überhaupt nicht auseinandersetzt (act. II 95.1 S. 34), geht die Beschwerdegegnerin denn auch zu Recht davon aus (act. II 125 S. 1), dass die Frage, ob es sich bei der depressiven Erkrankung um ein von den psychosozialen Belastungsfaktoren ver selbständiges, eigenständiges Krankheitsbild handelt, im MEDAS-Gutachten nicht schlüssig beantwortet wird.

Weiter ist auch unklar, welche in den medizinischen Akten uneinheitlich festgestellten Persönlichkeitszüge eine klinische Relevanz erreichen und inwiefern sie geeignet sind, den Beschwerdeführer in seinen Willensanstrengungen zur Überwindung des depressiven Zustandsbildes einzuschränken. Eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht diagnostiziert. Die Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) stellt als sogenannte ICD-10-Z-Kodierung rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Januar 2013, 9C\_605/2012, E. 3.3). Die vom MEDAS-Gutachter für nachvollziehbar gehaltene (act. II 95.1 S. 50 Ziff. 7.2.4) und auch anderweitig geäusserte Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, er glaube nicht mehr daran, gesund zu werden und würde wieder scheitern, wenn er eine Arbeit aufnehmen würde (act. II 61 S. 4) ist ungenügend, um die klinische Relevanz der Persönlichkeitszüge beurteilen zu können, worauf bereits Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hingewiesen hat (act. II 16.3 S. 14).

Zudem werden die neurologisch nicht erklärbaren Funktionsstörungen (act. II 95.1 S. 44 f. und 50) in den medizinischen Akten unterschiedlich beurteilt. Die MEDAS-Gutachter haben sich nicht mit dem Umstand befasst, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diesbezüglich in seinem Gutachten von einer persönlichkeitsinhärenten somatoformen autonomen Funktionsstörung (ICD-10 F45.39; act. II 16.3 S. 11) ausging.

Schliesslich ist das MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich der psychiatrisch-therapeutischen Vorschläge insoweit nicht nachvollziehbar, als der Gutachter auch hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur einen Behandlungsbedarf ausmacht (act. II 95.1 S. 36 Ziff. 5.4.5), jedoch dazu keinen Behandlungsvorschlag macht und stattdessen einzig die Weiterführung der bisherigen ambulanten psychiatrischen Behandlung für sinnvoll hält (act. II 95.1 S. 37 Ziff. 5.7). In diesem Zusammenhang äussert er sich auch nicht zu der von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gemachten Feststellung, wonach die Depression bis anhin insuffizient behandelt worden sei und der Einbezug der Ehefrau, welche offenbar auch in Behandlung bei Dr. med. J.\_\_\_\_\_ steht (act. II 13 S. 37), dringlich indiziert sei (act. II 16.3 S. 12 f.).

**3.3.3** Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der von der Beschwerdegegnerin mit einer Verlaufsbeurteilung beauftragte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sei befangen (Beschwerde S. 2 und 9), vermag dies nicht zu überzeugen. Entsprechend den zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3) stellt der Umstand, dass ein Gutachter einen Exploranden bereits einmal beurteilt hat, noch keinen Ablehnungsgrund dar. Vielmehr bräuchte es hierfür konkrete Anhaltspunkte, welche den Anschein der Befangenheit zu erwecken vermöchten, welche der Beschwerdeführer mit seiner pauschalen Kritik an der Beurteilungsanordnung nicht zu benennen vermag.

Zudem ist auch dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers, wonach den MEDAS-Gutachtern Gelegenheit zu geben sei, ihr Gutachten zu erläutern (Beschwerde S. 2), nicht zu entsprechen. Denn nach dem in E. 3.3.2 hiervor Dargelegten handelt es sich im MEDAS-Gutachten um keine leichten Mängel, die ohne weiteres durch eine Nachfrage bei den MEDAS-Gutachtern aufzulösen bzw. zu klären wären.

**3.4** Die Anordnung einer Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erweist sich indessen aus anderen Gründen nicht als sachgerecht. Denn hinsichtlich des von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Gutachtens stellte der RAD-Psychiater im Rahmen der Stellungnahme vom 6. November 2014 Unklarheiten fest, welche er offenbar im Rahmen eines Ergänzungsgutachtens für nicht klärungsfähig beurteilte (act. II 77 S. 3). Es ist deshalb nicht nachvollzieh-

bar, dass in Anbetracht der mit dem MEDAS-Gutachten hinzugekommenen Divergenzen, der RAD-Psychiater nunmehr eine Verlaufsbegutachtung bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vorschlägt (act. II 121). Diese Divergenzen in den gutachterlichen Einschätzungen erfordern entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin nicht eine Verlaufsbegutachtung, sondern eine umfassende psychiatrische Begutachtung durch eine mit dem Beschwerdeführer noch nicht befassten Person.

**3.5** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung insoweit nicht zu beanstanden, als die Beschwerdegegnerin in psychiatrischer Hinsicht weiteren Abklärungsbedarf feststellte. In Abweichung der von der Beschwerdegegnerin getroffenen Anordnung wird sie indessen im Sinne der E. 3.3.2 f. hiavor bei einer mit dem Beschwerdeführer noch nicht befassten Person bzw. einer Fachärztin oder einem Facharzt ein umfassendes psychiatrisches Gutachten einzuholen haben.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Verfahrensausgang dringt der Beschwerdeführer weder mit seinem Hauptbegehren noch mit dem Eventualbegehren durch, weshalb er als unterliegend gilt. Er hat damit grundsätzlich die Verfahrenskosten zu bezahlen, die gerichtlich auf Fr. 500.-- festgesetzt werden.

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

**4.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111

Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Das vorliegend zu beurteilende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bezieht sich auf die Befreiung von den Kosten des Beschwerdeverfahrens, wogegen der B.\_\_\_\_\_ bewusst darauf verzichtet, im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege auch die anwaltliche Beordnung der von ihm eingestellten Juristinnen und Juristen zu beantragen.

Die Prozessarmut des Beschwerdeführers ist gestützt auf die von ihm eingereichten Unterlagen erstellt (act. IA). Da weiter das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu betrachten ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist damit - 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 - vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat im Sinne der Erwägungen ein umfassendes psychiatrisches Gutachten einzuholen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- 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.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 20. April 2016)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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