

200 17 1002 IV  
KOJ/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Februar 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Oktober 2017



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2015 unter Hinweis auf Angstzustände, „Hyperventilieren“ sowie eine Schlafstörung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, holte Berichte der behandelnden Ärzte ein, gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzersatz (act. II 15) und erteilte Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ (act. II 20; 23). Diese hielt im provisorischen Bericht vom 21. Oktober 2015 (act. II 30 S. 2 ff.) fest, beim aktuellen Gesundheitszustand sei dem Versicherten weder eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt noch in geschütztem Rahmen zumutbar (S. 4), woraufhin die IVB die beruflichen Massnahmen abschloss (act. II 31). Hernach liess sich der Versicherte stationär bzw. teilstationär und anschliessend ambulant psychiatrisch behandeln (act. II 49 S. 2; 56 S. 1; 78 S. 2 f.). Nach Abschluss der teilstationären Behandlungen Mitte Mai 2016 (act. II 56 S. 1) liess die IVB den Versicherten in der D. \_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (beinhaltend die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Pneumologie; Expertise vom 12. Januar 2017 [act. II 81.1 ff.]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 85 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 25. Mai 2017 (act. II 90) einen Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens, hob diese jedoch am 14. Juni 2017 (act. II 94) wiedererwägungsweise auf, nachdem der Versicherte einen Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (act. II 93 S. 1-3) hatte einreichen und um Wiedererwägung der Verfügung ersuchen lassen (act. II 91). In der Folge liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Rechtspsychologie FSP, monodisziplinär begutachten (Expertise vom 15. August 2017 [act. II 108.1]). Mit Vorbescheid vom 21. August 2017 (act. II 109) stellte die IVB dem Versicherten erneut die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein in-

validisierender Gesundheitsschaden vor. Daran hielt sie auf Einwand des Versicherten (act. II 111) mit Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 113) fest.

## **B.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 15. November 2017 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 17. Oktober 2017 sei aufzuheben.
2. Es sei der IV-Grad entsprechend der üblichen Methode und basierend auf dem MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 festzulegen.
3. Eventualiter: Es sei ein neues, polydisziplinäres – allenfalls monodisziplinäres psychiatrisches – medizinisches Gutachten zu erstellen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend, es sei Fakt, dass im MEDAS-Gutachten eine 35%ige, gemäss dem „Zusatzgutachten E.\_\_\_\_\_" jedoch „unverständlicherweise“ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde (S. 3, Ziffer 3). Die Erstellung des „Zusatzgutachtens E.\_\_\_\_\_" sei in einem speziellen Setting erfolgt. Gemäss Aussagen der Begleitpersonen, namentlich der Tochter des Beschwerdeführers, sollen sich schon zu Beginn der Untersuchung Unstimmigkeiten zwischen ihr und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ergeben haben. Der Beschwerdeführer selber habe die Untersuchung ebenfalls als speziell empfunden. Unklar sei ihm insbesondere die Rollenverteilung der beiden Gutachter gewesen. Aus dem Gutachten selber könne diesbezüglich nichts entnommen werden, das Gutachten werde nur von Herrn Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unterschrieben – für den beteiligten Psychologen unterschreibe er „i.V.“ (S. 3, Ziffer 4). Grundsätzlich erfüllten weder das MEDAS-Gutachten noch das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Anforderungen des Bundesgerichts an den Beweiswert von Gutachten (S. 4, Ziffer 3). Beide Gutachten befassten sich nicht konkret mit den gescheiterten Arbeitsbemühungen respektive mit der unmissverständlichen Einschätzung der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_. Immerhin weiche das

MEDAS-Gutachten nicht total von der Beurteilung der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ ab, das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ aber schon (S. 5, Ziffer 4). Ergäben sich Hinweise auf Aggravation, genüge es nicht, dies dem Beschwerdeführer zu unterstellen, sondern dies sei evidenzbasiert zu beschreiben und zu begründen. Diesbezüglich und generell vermöge insbesondere das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht zu überzeugen (S. 5, Ziffer 5).

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid 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 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 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 17. Oktober 2017 (act. II 113). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen, namentlich eine Rente, der IV und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

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

### **3.**

**3.1** Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 113) präsentierte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Vom 9. bis 12. September 2014 war der Beschwerdeführer im Spital G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 18. September 2014 (act. II 10.2 S. 22 f.) wurde im Wesentlichen ein akuter Asthmaanfall mit Synkope am 9. September 2014 (während der Arbeit) bei bekanntem allergischem Asthma bronchiale diagnostiziert. Klinisch-neurologisch bestanden keine fokalen Defizite, laboranalytisch keine Infektzeichen, keine Elektrolytstörungen; ein Schädel-CT habe keine Blutung und keine Ischämiezeichen, ein Ruhe-EKG einen normokarden Sinusrhythmus ergeben; ein Röntgen des Thorax habe einen unauffälligen Herz-Lungen-Befund gezeigt. Ebenso habe ein EEG eine normale Grundaktivität sowie keinen Herdbefund und auch keine Zeichen einer cerebralen Übererregbarkeit ergeben (S. 22).

**3.1.2** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 19. November 2014 (act. II 11 S. 9-11) ein Hyperventilationssyndrom (S. 9) und hielt fest, zur Zeit finde er normale statische und dynamische Lungenfunktionsparameter. Er habe dem Beschwerdeführer die wahnhafte Angst, durch Dämpfe und Staub an seinem Arbeitsplatz dauerhaft gesundheitlich geschädigt zu werden, nicht nehmen können (S. 10).

In einem weiteren Bericht vom 5. Dezember 2014 (act. II 11 S. 4 f.) hielt er fest, das Hyperventilationssyndrom sei so ausgeprägt, wie er – Dr. med. H. \_\_\_\_\_ – noch nie erlebt habe. Er denke, dass nur eine stationäre psychiatrisch-pneumologische Behandlung erfolgsversprechend sei (S. 4).

**3.1.3** Vom 5. Januar bis 12. Februar 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik I. \_\_\_\_\_ stationär behandelt. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 12. Februar 2015 (act. II 5 S. 1-4) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (S. 1):

- Massive Hyperventilation mit
  - rezidivierender psychogener Synkope (letzte Mitte November 2014)
  - Panikattacken
- Angststörung (ICD- 10 F41.0)
  - bei Belastungssituationen
- Erschöpfungszustand
- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Leichtes Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Chronischer Husten

Im Rahmen des Rehabilitationsprogramms habe der Beschwerdeführer mehrmals bei physischen und psychischen Belastungssituationen hyperventiliert. Im Weiteren sei aufgrund von Panikattacken und Hyperventilationen mit dissoziativer Störung die Durchführung einer Lungenfunktion unmöglich gewesen. Regelmässige elektrokardiographische Kontrollen hätten keine ischämischen Zeichen ergeben (S. 2).

**3.1.4** Im ambulanten Kurzaustrittsbericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 (act. II 24 S. 7 f.) wurde festgehalten, gemäss der anwesenden Tochter habe der Beschwerdeführer seit 6 Monaten rezidivierende Hyperventilationsattacken erlebt, bei denen er synkopiere (S. 7). Laborchemisch und konventionell-radiologisch habe ein entzündliches Geschehen weitgehend ausgeschlossen werden können. Die anamnestischen Angaben und die laborchemisch festgestellte Hyperventilation deuteten auf eine erneute hyperventilationsbedingte, synkopale Episode hin. Auf der Notfallstation sei es einmalig zu einer Somnolenz von einer Dauer von etwa 1-2 Minuten gekommen, bei unauffälligem Monitoring (S. 8).

**3.1.5** Im Bericht der psychiatrischen Dienste K. \_\_\_\_\_ vom 13. August 2015 (act. II 26 S. 2 ff.) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nebst einer „Synkope und Kollaps“ eine Anpassungsstörung und eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) bei Mobbingssituation am Arbeitsplatz und mehreren körperlichen Problemen sowie anderen psychosozialen Belastungsfaktoren (DD: Angst und depressive Störung, gemischt [ICD-10 F41.2]), festgehalten. Der Beschwerdeführer leide an Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, schneller Erschöpfbarkeit und Müdigkeit. Er habe grundlos auftretende Ohnmachtsanfälle; weiter habe er Zukunfts- und existenzielle Ängste. Der Beschwerdeführer lebe mit der Ehefrau und seinen vier Kindern zusammen. Die Ehe und Familie funktioniere sehr gut, er erhalte gute Unterstützung von der Ehefrau und den Kindern. Die Ehefrau arbeite Teilzeit, ihr sei vor kurzem aber gekündigt worden (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100% (S. 3).

**3.1.6** Im Bericht der Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2015 (act. II 38 S. 5-8) wurde festgehalten, in den Untersuchungen hätten sich keine Hinweise auf eine organische Ätiologie der Tagesschläfrigkeit gezeigt. Die Symptomatik sei am ehesten als dissoziative Störung im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung zu werten (S. 8).

**3.1.7** Vom 27. Oktober 2015 bis 15. Januar 2016 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer psychiatrischer Behandlung. Im entsprechenden Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste K. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2016 (act. II 49 S. 2 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 5):

- Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei Mobbingssituation bei der Arbeitsstelle, körperlichen Problemen sowie anderen psychosozialen Belastungsfaktoren.
- Dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.9), vorgängig ausgedehnte neurologische Abklärung am Spital L. \_\_\_\_\_.
- Schlafapnoe-Syndrom (CPAP-Gerät)
- Hyperlipidämie

Nach dem stationären Aufenthalt erfolgte vom 18. Januar bis 13. Mai 2016 eine teilstationäre Behandlung. Im Austrittsbericht der psychiatrischen

Dienste K. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2016 (act. II 56) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 1):

- Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) bei
  - Mobbing-situation bei der Arbeitsstelle
  - mehreren körperlichen Problemen
  - anderen psychosozialen Belastungsfaktoren
- Synkope und Kollaps, psychogen (ICD-10 R55)

Vom aktuellen psychischen Gesundheitszustand her erscheine eine Eingliederung zum jetzigen Zeitpunkt eher schwierig und würde den Beschwerdeführer überfordern. In einem Familiengespräch sei zudem deutlich geworden, wie sehr dessen psychischer Zustand die ganze Familie beeinflusse (S. 4).

**3.1.8** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, hielt im Bericht vom 2. September 2016 (act. II 106 S. 77) fest, im Vordergrund stehe sicher die ausgeprägte Angststörung mit sehr schwerer Hyperventilation. Eine weitere Diagnostik sei nicht indiziert.

**3.1.9** Im Anschluss an die teilstationäre psychiatrische Behandlung wurde der Beschwerdeführer bis zum 14. September 2016 weiter ambulant psychiatrisch behandelt. Im entsprechenden Abschlussbericht der psychiatrischen Dienste K. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2016 (act. II 78 S. 2 f.) wurde bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen (S. 2) festgehalten, der Beschwerdeführer wünsche keine Fortsetzung der Therapie (S. 3).

**3.1.10** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 81.1 S. 16):

**Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit**

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit möglicher radikulärer Symptomatik L5/S1 links bei/mit
  - Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung
  - mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen hauptbefundlich L4/5 und L5/S1 mit medianer flacher Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression und medio-rechtslateraler, nicht-kompressiver Diskushernie L5/S1 sowie degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung L5/S1
  - leichten Scheuermann-Residuen lumbal
- Psychiatrische Diagnosen:

- Dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet
- Agoraphobie mit Panikstörung
- Leichte depressive Episode

**Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert**

- Rheumatologische Diagnosen:
  - Asymptomatischer Knick-Senk-Spreizfuss beidseits
  - Morphea am rechten Hemithorax
  - Übergewicht (BMI 29)
- Pneumologische Diagnosen:
  - Obstruktives Schlafapnoesyndrom leichten Grades, unter CPAP-Therapie
  - Nicht-allergisches, nicht-eosinophiles Asthma bronchiale, kompliziert durch Zigarettenrauchen (aktuell keine Obstruktion)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge, ängstlich-unsicher

**Nebenbefund:** Amaurose linkes Auge, wahrscheinlich posttraumatisch

In polydisziplinärer Hinsicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... im ... insbesondere aus psychopathologischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig, da im Rahmen der dissoziativen Störung das Führen einer Maschine nicht zumutbar sei. Aus rheumatologischer Sicht wäre prinzipiell eine körperlich schwere, rückenbelastende Tätigkeit nicht zumutbar, eine leichte bis mittelschwere Arbeit aber voll zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei eine anspruchslose Alternativtätigkeit ohne Einsatz von Fahrzeugen theoretisch zu 35% möglich. Der Beschwerdeführer könne nur in einer völlig stressfreien Tätigkeit eingesetzt werden (S. 17).

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 81.2) wurde festgehalten, das vom Beschwerdeführer geschilderte Ausmass der als invalidisierend empfundenen, in das linke Bein und in die ganze Wirbelsäule ausstrahlenden Lumbalgien stehe in Kontrast zu den insgesamt leicht- bis höchstens mittelschweren Befunden. Zusätzlich unterhalten werden dürfte dieses Schmerzsyndrom nicht unwesentlich durch das ausgeprägte Schonverhalten mit mittlerweile etablierter Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und erheblicher Dekonditionierung sowie durch sich statisch ungünstig auswirkendem Übergewicht. Unübersehbar bestehe jedoch auch eine Überlagerungssymptomatik mit dysfunktionalem Schmerzverhalten in der

Untersuchungssituation, ausgeprägt herabgesetzter Schmerzschwelle im Lendenwirbelsäulen-/Beckenbereich sowie deutlich positiver Waddell-Testung (S. 12 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 81.3) hielt med. pract. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet, habe keinen ständig aktiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; da jedoch nicht vorhersagbar sei, wann ein „Anfall“ auftrete, sei das Führen von Maschinen und das Arbeiten in Gefahrenbereichen nicht möglich.

Sodann seien die Kriterien für eine generalisierte Angststörung nicht ausreichend erfüllt. Es zeigten sich vielmehr, seit dem Beginn der Probleme am Arbeitsplatz, ängstlich unsichere Persönlichkeitszüge; die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien jedoch bei weitem nicht erfüllt. Hingegen liege eine Agoraphobie vor, die nicht schwer, jedoch immer wieder beeinträchtigend zu sein scheine. Diese Störung könne den Beschwerdeführer hindern, sich dem Kontakt anderer Menschen, auch über wenige Meter hinweg, auszusetzen. Verbunden mit dieser Phobie sei die Panikstörung, die dann auch in einen dissoziativen Zustand überleiten könne (S. 12). Auch hier sei Arbeiten grundsätzlich möglich, jedoch mit den gleichen Einschränkungen für Maschinen und Gefahrenbereiche.

Weniger konsistent hingegen seien die Angaben des Beschwerdeführers zu einer Depression und zur kognitiven Leistungsfähigkeit. Schon in den vorliegenden Berichten werde diese parallel stark unterschiedlich eingeschätzt. Gleiche man seine Angaben im Psychostatus mit denen ab, die er im Rahmen der anamnestischen Exploration gemacht habe, dann zeigten sich deutliche Diskrepanzen. Er sei weniger hoffnungslos als er angebe, er habe kein so starkes Gefühl der Gefühllosigkeit wie beim Psychostatus formuliert, er mache mehr als er teilweise angebe. Hier zeigten sich Hinweise auf Aggravation. Eine Depression sei dennoch gegeben, jedoch eben nur als leicht zu werten und mit wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es werde mehr die innere Kränkung sein, die den Beschwerdeführer so passiv habe werden lassen. Diese Passivität werde noch durch den starken sekundären Krankheitsgewinn gefördert (S. 13).

Aus gutachterlicher Sicht sei er – med. pract. N. \_\_\_\_\_ – vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen nur teilweise überzeugt (S. 14).

**3.1.11** Der RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im ärztlichen Bericht vom 8. März 2017 (act. II 84 S. 2 ff.) fest, den diagnostischen Einschätzungen des Gutachters könne er nur mit Einschränkungen folgen. Dies auch deshalb, da ebenfalls von einer Aggravation durch den Beschwerdeführer seit unbestimmter Zeit bei einer aktuell nachgewiesenen medikamentösen Mal-Adhärenz auszugehen sei. Auch erschienen die Angaben des Gutachters zu Dauer und Höhe der psychiatrisch ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (65% seit Februar 2015 in angepasster Erwerbstätigkeit) fragwürdig und nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar.

**3.1.12** Mit Bericht vom 15. April 2017 (act. II 88 S. 3) hielt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zu Händen des Beschwerdeführers sowie unter Bezugnahme auf den Vorbescheid vom 30. März 2017 (act. II 85) fest, die Ursache der Ohnmachtsanfälle sei eine dissoziative Störung; auch sei der Beschwerdeführer persistierend schwer depressiv. Die Krankheit mache es ihm unmöglich, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Aus hausärztlicher Sicht könne er dem Beschwerdeführer nur raten, dem unverständlichen IV-Entscheid zu widersprechen und er hoffe, ihm mit diesem Schreiben zu helfen.

**3.1.13** Im Austrittsbericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (act. II 93 S. 1-3) wurde im Wesentlichen eine dissoziative Störung mit rezidivierenden Anfällen und Synkopen, eine chronische Depression, eine arterielle Hypertonie sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei wegen eines zweistündigen Anfalls notfallmässig zugewiesen worden (S. 1 f.). Laborchemisch, im Angio-CT-Schädel/Hals und im EEG hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Es habe auch sonst keine Indikation für eine stationäre Behandlung bestanden (S. 2).

**3.1.14** Im Gutachten vom 15. August 2017 (act. II 108.1) hielten Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen fest (S. 24):

**Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- keine

**Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Verdacht auf dissoziative Störung
- Status nach Anpassungsstörung, längere depressive Reaktionen
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.-)
- Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59.-)

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer mache vor allem „Anfälle“ für seine Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Auch in der gutachterlichen Untersuchung sei dies sein Hauptthema. Das Studium der umfangreichen Akten mit ausführlichen neurologischen und anderen somatischen Abklärungen führe zu dem Schluss, dass ein organisches Korrelat nicht zu finden sei. Die „Anfälle“ könnten jedoch nicht eindeutig mit einer psychischen Störung erklärt werden. Möglicherweise bestehe eine dissoziative Störung, wobei die Kriterien der ICD-10 als nicht ganz erfüllt gelten könnten. Dies habe bereits der MEDAS-Gutachter im Januar 2017 transparent ausgeführt. Hieraus ergebe sich, dass maximal eine entsprechende Verdachtsdiagnose gestellt werden könne.

In der gutachterlichen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer leidend, allenfalls leicht depressiv präsentiert. Während der ganzen Untersuchung sei es ihm möglich gewesen, sich adäquat mitzuteilen und ohne auch nur ein Anzeichen eines „Anfalls“ oder einer Angstsymptomatik an der Begutachtung teilzunehmen. Es seien auch keine verbalen oder nonverbalen Schmerzäusserungen festgestellt worden. Anzeichen für eine Panikstörung liessen sich aktuell ebenfalls nicht feststellen (S. 28), ebenso wenig Hinweise für eine wahnhafte Störung. Eingedenk des klagsamen Zustandsbildes und des Eingebundenseins im sozialen Leben könne maximal von einer leichten depressiven Störung ausgegangen werden. Ungünstig sei, dass die Beurteilung der Fähigkeiten gemäss ICF nicht habe

vorgenommen werden können. Schliesslich sei festzustellen, dass es Anzeichen einer Aggravation gebe. Diese seien sowohl in den Akten zu finden als auch in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung. Hervorzuheben sei auch, dass die Angaben des Beschwerdeführers über Symptome zu verschiedenen Themen ungenau, unklar und zum Teil diskrepant gewesen seien. Da kognitive Defizite oder neurologische Ausfälle als Ursache dieser unklaren Angaben ausgeschlossen werden könnten, sei davon auszugehen, dass andere Faktoren dafür eine Rolle spielten. Hier sei vor allem an motivationale Faktoren zu denken (unter anderem ein sekundärer Krankheitsgewinn und Aggravation).

Die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Störung könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht unberücksichtigt bleiben und habe zu einer Warnung vor Tätigkeiten mit Maschinen und Gerätschaften zu führen. Aus den diagnostizierten psychischen Störungen und Auffälligkeiten lasse sich aktuell aus versicherungs-psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 29). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche angepassten Hilfsarbeiten, d. h. ohne Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften oder auf Gerüsten (S. 30). Psychosoziale Belastungsfaktoren könnten eine erhebliche Rolle für die psychische Befindlichkeit des Beschwerdeführers spielen (S. 31).

## **3.2**

**3.2.1** 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.2** 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 Kennt-

nis 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** Die angefochtene Verfügung basiert in somatischer Hinsicht auf dem MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1 ff.), mit Bezug auf die (vorliegend potentiell im Vordergrund stehende) psychische Problematik jedoch auf dem nachträglich eingeholten Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2017 (act. II 108.1). Der Beschwerdeführer kritisiert, richtigerweise hätte die Beschwerdegegnerin nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1 ff.) die Nachbesserung des als nicht beweiswert eingestuften psychiatrischen Teilgutachtens verlangen sollen. Mit dieser Argumentation macht er sinngemäss die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ geltend. Zu prüfen ist demnach zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines zweiten psychiatrischen Gutachtens befugt war.

**3.3.1** Nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1 ff.) ersuchte die Beschwerdegegnerin den RAD, insbesondere zum Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens (act. II 81.3) Stellung zu nehmen, woraufhin Dr. med. O. \_\_\_\_\_ (RAD) mit ärztlichem Bericht vom 8. März 2017 (act. II 84 S. 2 ff.) die diagnostischen Einschätzungen, insbesondere aber die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von 65% als „fragwürdig und nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar“ bezeichnete (S. 6). In der Folge stellte die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 30. März 2017 (act. II 85) die Ablehnung eines Leistungsanspruchs in Aussicht mit der Begründung, es fehle an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Im dagegen erhobenen Einwand machte der Beschwerdeführer geltend, dass Unklarheiten mittels Rückfragen an den Gutachter zu klären wären bzw. „sogar eine erneute Begutachtung, die im vorliegenden Fall dann monodisziplinär vorzunehmen wäre“, denkbar sei (act. II 88 S. 2). In der

Folge erliess die Beschwerdegegnerin eine leistungsablehnende Verfügung (act. II 90), woraufhin der Beschwerdeführer einen Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (act. II 93 S. 1-3) einreichte und die Wiedererwägung der Verfügung vom 24. Mai 2017 beantragte (act. II 91), welchem Ersuchen die Beschwerdegegnerin am 14. Juni 2017 (act. II 94) nachkam. Nach einer weiteren Vorlage beim RAD (act. II 95 S. 2) orientierte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 15. Juni 2017 (act. II 98) den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass eine weitere psychiatrische Abklärung (durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_) erforderlich sei. Jener erhob dagegen keine Einwände, woraufhin sich der Beschwerdeführer der Begutachtung unterzog.

**3.3.2** Rechtsprechungsgemäss hat die versicherte Person gestützt auf Treu und Glauben Einwendungen möglichst bald nach Kenntnismahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben. Hierzu gehören u.a. materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich, so etwa der Einwand, es handle sich um eine unnötige „second opinion“ (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 138 V 271 E. 1.1 S. 275).

Die verfahrensmässige Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin rund um die Anordnung des psychiatrischen Gutachtens ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde der Beschwerdeführer korrekt ins Verfahren miteinbezogen; Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht. Zudem opponierte der stets anwaltlich vertretene Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt gegen die vorgesehene Begutachtung, weshalb die nach Vorlage des Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sinngemäss erhobene Rüge einer unzulässigen „second opinion“ verspätet erfolgt. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer selber die Durchführung einer zweiten Begutachtung zumindest als „denkbar“ bezeichnet (act. II 88 S. 2). Schliesslich beauftragte die Beschwerdegegnerin zwar nur Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und nicht auch Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ mit der Begutachtung (act. II 98 S. 1) und unterblieb in der weiteren Folge eine Mitteilung an den Beschwerdeführer, wonach der Psychologe in den Begutachtungsprozess miteinbezogen werde. Soweit darin ein Verfahrensfehler erblickt werden könnte, so wäre eine entsprechende Rüge im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens jedoch ebenfalls als verspätet zu betrachten, nachdem der Beschwerdefüh-

rer weder unmittelbar nach Durchführung der Begutachtung noch im Einwand gegen den Vorbescheid vom 21. August 2017 (act. II 109) Beanstandungen hinsichtlich Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ vorgebracht hatte (vgl. act. II 111).

**3.3.3** Im Übrigen war eine erneute psychiatrische Begutachtung auch sachlich geboten: Zwar ist das Einholen einer sogenannten „second opinion“ unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz eines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Eine derartige Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben: Vielmehr erachtete der über den psychiatrischen Facharztstitel verfügende RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS als nicht überzeugend, indem er insbesondere die Dauer und die Höhe der psychiatrisch attestierten Arbeitsfähigkeit „aufgrund der faktisch nachgewiesenen Aggravation und der [...] Inkonsistenzen im Gutachten“ als „fragwürdig und nicht ohne weiteres plausibel nachvollziehbar“ kritisierte (vgl. act. II 84 S. 6). In der Tat stellte der MEDAS-Gutachter med. pract. N. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer im Psychostatus aggraviere (act. II 81.3 S. 8) und dessen Passivität durch einen „starken sekundären Krankheitsgewinn“ gefördert werde (S. 13) bzw. er machen könne was er wolle, es werde sich um ihn gekümmert (S. 9). Entsprechend hielt der Gutachter zur Konsistenz fest, er sei vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen nur teilweise überzeugt (S. 14). Hinzu kommt, dass med. pract. N. \_\_\_\_\_ sowohl aufgrund der dissoziativen Störung wie auch der Agoraphobie „keinen ständig aktiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit“ attestierte, sondern lediglich festhielt, dass das Führen von Maschinen und das Arbeiten in Gefahrenbereichen nicht möglich sei (S. 12 f.). Auch hinsichtlich der als leicht eingestuften depressiven Störung anerkannte er lediglich „wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit“ (S. 13). All diese Umstände weisen auf einen geringen Ausprägungsgrad einer potentiell invalidisierenden psychischen Beeinträchtigung, weshalb die dennoch attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit von 65% hinsichtlich den Leiden angepasster Tätigkeiten nicht schlüssig ist, wie Dr. med. O. \_\_\_\_\_ im vorgenannten Bericht überzeugend festhielt.

Nachdem vorliegend insbesondere den psychischen Einschränkungen potentiell invalidisierender Charakter zukommt, war gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS keine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich, welcher Auffassung grundsätzlich auch der Beschwerdeführer beipflichtet (vgl. Beschwerde, S. 4, Ziffer 3). Da die Beschwerdegegnerin jedoch nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes gehalten ist, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS indes die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts nicht erfüllt (vgl. E. 3.2.2 vorne) und auch eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung mittels Zusatzfragen in Anbetracht der grundsätzlichen Unzulänglichkeit des nämlichen Teilgutachtens entgegen dem Beschwerdeführer nicht in Frage kam, war eine erneute fachärztliche Untersuchung indiziert und es kann nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden.

**3.3.4** Demnach hat die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zu Recht eine neuerliche psychiatrische Begutachtung angeordnet. Ebenso wenig ist zu beanstanden, dass sie die demnach auf einer nicht vollständigen respektive nicht widerspruchsfreien medizinischen Aktengrundlage basierende Verfügung vom 24. Mai 2017 (act. II 90) wiedererwägungsweise aufgehoben hat (act. II 94). Insbesondere kann auch aus Sicht des Beschwerdeführers nicht von einer „überraschenderweise“ zurückgenommenen Verfügung (Beschwerde, S. 3, Ziffer 2) ausgegangen werden, nachdem er selber deren Wiedererwägung beantragt hat (act. II 91).

**3.4** Das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F.\_\_\_\_\_ erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

**3.4.1** Unerheblich ist zunächst, dass gemäss Darstellung in der Beschwerde zwischen Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und der im Vorfeld der Begutachtung als Begleitperson aufgetretenen Tochter des Beschwerdeführers

angeblich Unstimmigkeiten bestanden haben sollen (Beschwerde, S. 3, Ziffer 4), betraf die Begutachtung doch nicht die Tochter, sondern den Beschwerdeführer und ergeben sich im Übrigen aus der Expertise keinerlei Hinweise, wonach sachfremde Gesichtspunkte in die gutachterliche Würdigung eingeflossen wären. Inwieweit der Beschwerdeführer die Untersuchung – wie beschwerdeweise vorgebracht – als „speziell“ empfand, wird sodann nicht weiter konkretisiert. Dessen diesbezüglich subjektives Empfinden ist denn auch nicht massgebend. Im Weiteren ergibt sich die vom Beschwerdeführer als unklar kritisierte Rollenverteilung zwischen Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ ohne weiteres aus dem Gutachten selber (vgl. act. II 108.1 S. 1). Sodann verlöre das Gutachten auch dann nicht seine Beweiskraft, wenn es nicht in allen Teilen den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) entspräche, stellen diese doch lediglich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar. Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. September 2017, 8C\_820/2016, E. 5.2). Entscheidend ist vielmehr, dass ein Gutachten hinsichtlich der Anamneserhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung insgesamt nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (Entscheid des BGer vom 24. Januar 2018, 9C\_770/2017, E. 3.2.1.2), was vorliegend zutrifft, wobei keine (fach)medizinischen Berichte im Recht liegen, welche Aspekte benennen, die Zweifel am Beweiswert des Gutachtens äussern. Ferner wird der Vorwurf, viele Aussagen seien anekdotisch und nicht durch adäquate Zusatzdiagnostik belegt (Beschwerde, S. 5, Ziffer 3), nicht weiter konkretisiert, abgesehen davon, dass die notwendigen psychiatrischen Explorationen und die Durchführung von Tests dem Ermessensspielraum des Experten unterliegen (Entscheid des BGer vom 12. September 2017, 8C\_433/2017, E. 3.4.1). Im Weiteren haben die Gutachter die Einschätzungen der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ durchaus berücksichtigt (act. II 108.1 S. 7). Dass sie der von den Eingliederungsfachpersonen getroffenen Feststellung, wonach dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen weder eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt noch im geschützten Rahmen zumutbar sei (act. II 30 S. 4; Beschwerde S. 5, Ziffer 4), keine entscheidende Bedeutung beimessen, gereicht ihnen

jedoch nicht zum Vorwurf, obliegt doch die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften und nicht Eingliederungsfachpersonen (Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C\_646/2016, E. 4.2.2). Dies muss umso mehr gelten, wenn – wie vorliegend – die Arbeitsunfähigkeit massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren wie sekundären Krankheitsgewinn und Aggravation beeinflusst wird. Was schliesslich Letztere betrifft, so dürfen an deren Nachweis – entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde S. 5 Ziffer 5) – keine überspannten Anforderungen gestellt werden, lässt sich eine Aggravation doch nicht positiv beweisen. Es muss insoweit genügen, wenn ein Gutachter objektiv fassbare Indizien nennt, die den (indirekten) Schluss auf Aggravation hinreichend und nachvollziehbar begründen. Diese Voraussetzung ist vorliegend denn auch gegeben: So basiert die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F.\_\_\_\_\_ getroffene Schlussfolgerung, wonach es „Anzeichen einer Aggravation“ gebe (act. II 108.1 S. 29), auf einer testmässigen Erhebung (S. 24) sowie auf einer gemäss den Gutachtern ungenauen, unklaren und zum Teil diskrepanten Symptomschilderung des Beschwerdeführers (S. 21, 29). Insbesondere konnte keine eindeutige Beurteilung der Fähigkeiten mittels ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) erfolgen, weil sich die Angaben des Beschwerdeführers als zu diskrepant zur Verhaltensbeobachtung erwiesen (S. 22 f.). Überdies steht die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F.\_\_\_\_\_ betreffend Vorliegen einer Aggravation in Einklang mit den entsprechenden Feststellungen im psychiatrischen, aber auch im rheumatologischen Teilgutachten der MEDAS (vgl. act. II 81.3 S. 8; 81.2 S. 13).

**3.4.2** Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F.\_\_\_\_\_, womit sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt erweist und es der vom Beschwerdeführer (eventuell) beantragten weiteren Abklärungen nicht bedarf.

**3.5** Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ergibt sich demnach was folgt:

**3.5.1** In somatischer Hinsicht ist gestützt auf das insoweit den rechtspprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne; BGE 143 V 124) genügende MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2017 (act. II 81.1) zumindest eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (S. 14 und 17). Diese Einschätzung überzeugt, zumal die geklagten körperlichen Beschwerden, namentlich die diversen Ohnmachtsanfälle sowie die geltend gemachte Tagesschläfrigkeit, zu keinem Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich auf ein organisches Korrelat zurückgeführt werden konnten (vgl. act. II 5 S. 2; 10.2 S. 22; 24 S. 8; 38 S. 8; 93 S. 2; 106 S. 77) und die im rheumatologischen Teilgutachten festgestellte erhebliche Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (Entscheid des BGer vom 19. September 2017, 8C\_385/2017, E. 4.2).

Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit gilt gemäss Gutachten ab Frühjahr 2015 (act. II 81.1 S. 17; 81.2 S. 14). Nachdem seither keine wesentlichen Veränderungen eingetreten sind respektive im Austrittsbericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (act. II 93 S. 1-3) abermals darauf hingewiesen wurde, dass sich laborchemisch, im Angio-CT-Schädel/Hals und mittels EEG keine Auffälligkeiten gezeigt hätten, beansprucht die im MEDAS-Gutachten getroffene Arbeitsunfähigkeitseinschätzung mit Bezug auf den gesamten, vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum seit der Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2015 (act. II 1 S. 6) Gültigkeit (vgl. E. 3.1 vorne). Gegenteiliges wird beschwerdeweise denn auch nicht (substanziert) geltend gemacht.

**3.5.2** In psychischer Hinsicht ist fraglich, ob – entsprechend der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2017 (act. II 113) – die Leistungseinschränkung ausschliesslich auf eine Aggravation zurückzuführen ist mit der Folge, dass von vornherein keine versicherte Gesundheitsschädigung vorläge (vgl. SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2). Im Verbund mit dem gleichermassen vorliegenden, in den Akten wiederholt dokumentierten erheblichen sekundären Krankheitsgewinn (vgl. dazu act. II 56 S. 4; 81.3 S. 9 und 13; 108.1 S. 29) ist der von der Beschwerdegegnerin gezogene Schluss auf das Fehlen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Die

Frage kann jedoch offen bleiben: So oder anders besteht gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2017 mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit respektive für jegliche angepassten Hilfsarbeiten, d.h. ohne Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften oder auf Gerüsten, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 108.1 S. 30), was mit Blick auf die im Gutachten erhobene, allein bescheidene Befundlage überzeugt (vgl. S. 20 f.). An der gutachterlichen Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ändern insbesondere die (einzig appellatorischen) Ausführungen von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. April 2017 (act. II 88 S. 3) nichts, verfügt der Hausarzt des Beschwerdeführers doch nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel. Im Übrigen haben die Gutachter den Ohnmachtsanfällen respektive der verdachtsweise diagnostizierten dissoziativen Störung dadurch Rechnung getragen, dass sie – wie schon med. pract. N. \_\_\_\_\_ im MEDAS-Gutachten – Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften als nicht zumutbar erachteten (act. II 108.1 S. 29). Schliesslich ergreift der Hausarzt für den Beschwerdeführer Partei, wenn er ihm rät, dem aus seiner Sicht „unverständlichen IV-Entscheid zu widersprechen“, womit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353).

Indem die Gutachter mit Bezug auf eine dissoziative Störung allein eine Verdachtsdiagnose stellten, die rezidivierende depressive Störung gegenwärtig als leicht beurteilten, eine ins Gewicht fallende Komorbidität nicht gegeben ist, das Beschwerdebild massgeblich von Aggravation, sekundärem Krankheitsgewinn und psychosozialen Belastungsfaktoren mitbeeinflusst wird und schliesslich gegenteiligen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. auch E. 3.3.3 vorne), erweist sich ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 (vgl. hierzu Entscheide des BGer vom 30. November 2017, 8C\_130/2017 und 8C\_841/2016, beide zur Publikation vorgesehen) als entbehrlich (vgl. BGer 8C\_130/2017 E. 7.1; Entscheid des BGer vom 16. Januar 2018, 9C\_580/2017, E. 3.2). Demnach kann die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom

15. August 2017 attestierte Arbeitsfähigkeit auch in rechtlicher Hinsicht der Beurteilung des Leistungsanspruchs zugrunde gelegt werden.

Schliesslich beansprucht die mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit ebenso Gültigkeit für den gesamten Beurteilungszeitraum (vgl. auch act. II 108.1 S. 30). Soweit in den diversen Berichten der behandelnden Ärzte eine höhere respektive eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, kann darauf nicht abgestellt werden, fehlt es doch durchwegs an einer hinreichenden (kritischen) Differenzierung zwischen invalidenversicherungsrechtlich relevantem Gesundheitsschaden und grundsätzlich invaliditätsfremden, die Leistungsfähigkeit jedoch mitbeeinflussenden und vorliegend ausgewiesenen Faktoren.

**3.6** Zusammenfassend besteht sowohl in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht mit Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit im gesamten Beurteilungszeitraum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Indem jedoch dem Dargelegten zufolge Tätigkeiten an Maschinen und Gerätschaften aufgrund der (verdachtsweise diagnostizierten) dissoziativen Störung nicht mehr zumutbar sind, erweist sich die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... in einem ... als nicht leidensangepasst, umfasste diese Tätigkeit nach der Aktenlage doch auch Arbeiten mit Maschinen (vgl. act. II 16 S. 7; 81.3 S. 4). Wie jedoch nachfolgend zu zeigen ist, resultiert – unter Offenlassung der Frage nach dem Vorliegen einer anspruchsausschliessenden Aggravation (vgl. E. 3.5.2 vorne) – jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

#### **4.**

**4.1** Dem Beschwerdeführer wurde ab September bzw. November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 10.3; 37.1 S. 3), womit im Lichte von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie mit Blick auf die im Februar 2015 (act. II 1 S. 6; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug der frühest mögliche Rentenbeginn (potentiell) im September bzw. November 2015 zu liegen kommt.

**4.2** Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) 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).

### **4.3**

**4.3.1** Hinsichtlich des Valideneinkommens ist auf den zuletzt bei der Q.\_\_\_\_\_ AG erzielten Lohn abzustellen, nachdem der Beschwerdeführer seit 1992 dort angestellt war (act. II 16 S. 2) und in den Akten keine Indizien bestehen, welche auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung im Gesundheitsfall schliessen lassen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Im Jahr 2015 hätte der Beschwerdeführer als Gesunder ein Einkommen von monatlich Fr. 5'650.-- respektive Fr. 73'450.-- jährlich erzielt (act. II 16 S. 4; 21 S. 1).

**4.3.2** Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 abzustellen (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593). Eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs bedarf es im Lichte des die Arbeitsfähigkeit qualitativ wie quantitativ nur geringfügig einschränkenden Zumutbarkeitsprofils sowie bei auch im Übrigen fehlenden Voraussetzungen nicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

Mit Blick auf die fehlende berufliche Ausbildung (act. II 1 S. 4) sowie die bisher langjährig ausgeübte Tätigkeit als ... in einem ... (act. II 16 S. 2 f.) ist auf den Wert Total von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen. Sodann gilt es bei der Anwendung von Tabellenlöhnen zu berücksichtigen, dass ihnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der

Tabellenposition „Total“, welche sich im Jahr 2015 auf 41.7 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total).

Demnach beträgt das jährliche Invalideneinkommen per 2015 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2016, Abschnitt Total [vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C\_67/2013, E. 3.3.5]) sowie einer Arbeitsfähigkeit von 100% Fr. 66'646.30 (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 103.2 x 103.5).

**4.3.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'803.70 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 9% (Fr. 6'803.70 / Fr. 73'450.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123), womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

**4.4** Zusammenfassend besteht die angefochtene Verfügung zu Recht und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die

obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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