

200 17 1015 IV
FUR/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. August 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Oktober 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2012 unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression (Ersterkrankung 2005, Dekompensation am 9. Februar 2011), weswegen er schon seit 2007 nur noch zu 70 % arbeitstätig war und eine Invalidenrente der beruflichen Vorsorge im Umfang von 30 % bezog, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2; vgl. auch AB 8/4 Ziff. 3). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, in deren Rahmen der Versicherte psychiatrisch begutachtet wurde (Expertise vom 11. März 2013 [AB 31.1]), wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 18. Juni 2013 das Leistungsbegehren ab, da IV-fremde Faktoren zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (AB 43). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 6. Mai 2014 machte der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (AB 49). Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 51/2 f.) wies die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 28. Juli 2014 (AB 58) auch dieses Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab.

B.

Am 2. Juni 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen zwischenzeitlich erfolgten Klinikeintritt erneut zum Leistungsbezug an (AB 62). In der Folge veranlasste die IVB unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 24. Januar 2017 [AB 111.1] mitsamt Nachtrag vom 10. April 2017 [AB 116]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 126, 130) lehnte sie mit Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Anspruch auf Leistungen der IV ab, da keine revisionsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen, sondern lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts vorliege (AB 132).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 16. November 2017 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Die Beschwerde des Beschwerdeführers sei gutzuheissen, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine volle IV-Rente, eventualiter eine 50%-ige IV-Rente nach Massgabe des Leistungsgesuches vom 3. (richtig: 2.) Juni 2015 auszurichten.
2. Eventualiter sei die Beschwerde des Beschwerdeführers gutzuheissen, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Oktober 2017 aufzuheben und der Fall an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 3. (richtig: 2.) Juni 2015 neu zu beurteilen und weitere Abklärungen in Bezug auf die Themen der Therapieresistenz und/oder der konsequenten Depressionstherapie vorzunehmen.
3. [Zusatzfragen an die Gutachter]
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2018 beantragte 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 24. Oktober 2017 (AB 132). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV, insbesondere auf eine Rente.

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.

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da er im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin (vgl. AB 114; vgl. auch AB 116) nicht die Möglichkeit gehabt habe, Ergänzungsfragen zum Gutachten der MEDAS vom 24. Januar 2017 (AB 111.1) zu stellen.

2.1 Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt dem Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, sich vor Erlass eines Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72). Dem Mitwirkungsrecht entspricht die Pflicht der Behörden, die Argumente und Verfahrensanträge der Parteien entgegenzunehmen und zu prüfen, sowie die ihr rechtzeitig und

formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1 S. 127; SVR 2016 BVG Nr. 6 S. 23 6.1.1). Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Auf ein beantragtes Beweismittel kann verzichtet werden, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich ist, wenn bereits Feststehendes bewiesen werden soll, wenn von vornherein gewiss ist, dass der angebotene Beweis keine Abklärungen herbeizuführen vermag, oder wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkenntnis bzw. jene ihrer fachkundigen Beamten selber zu würdigen vermag (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

2.2 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.3 Der Beschwerdeführer hatte zum Zeitpunkt seines Einwandes Kenntnis sowohl von den von der Beschwerdegegnerin veranlassten Rückfragen zum polydisziplinären Gutachten als auch den entsprechenden Antworten der Gutachter (vgl. AB 130/7 Ziff. 8, 130/10 Ziff. 11.d). In diesem Verfahrensstadium liess er denn auch seinerseits Ergänzungsfragen stellen (AB 130/2 Ziff. 2). Insofern wurden ihm die Mitwirkungsrechte vor Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung (AB 132) nicht verwehrt. Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge davon abgesehen, die Ergänzungsfra-

gen des Beschwerdeführers den Gutachtern zu unterbreiten. Indessen erweist sich die angefochtene Verfügung als hinlänglich begründet. Der Verfügung lassen sich die wesentlichen Überlegungen entnehmen, die zur Abweisung des Leistungsbegehrens führten. Sinngemäss erachtete die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt als umfassend abgeklärt (vgl. Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 11; vgl. dazu auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Juli 2014, 8C_834/2013, E. 5.1 und 5.2.2). Die Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers wurden im Gutachten denn auch – zumindest sinngemäss – bereits hinlänglich beantwortet oder beziehen sich (mit Ausnahme der ersten Frage) nicht auf den massgeblichen Beweisgegenstand (wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes). Jedenfalls bildet die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Beweiserhebung und -würdigung Gegenstand der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung. Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs erweist sich somit als unbegründet.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

3.2.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.2.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304).

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 die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

3.3 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.

3.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

3.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall

obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 2. Juni 2015 (AB 62) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der letzten (leistungsabweisenden) Verfügung und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 (AB 132) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervoor). Ob dabei die Verfügung vom 18. Juni 2013 (AB 43) oder vom 28. Juli 2014 (AB 58) Vergleichsbasis bildet, kann vorliegend – auch mit Blick auf den kurzen Zeitabstand zwischen dem Erlass der beiden Verfügungen – letztlich offen bleiben.

4.2 Den rechtskräftigen Verfügungen vom 18. Juni 2013 (AB 43) und 28. Juli 2014 (AB 58), mit welchen ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden verneint wurde, lagen in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen folgende ärztliche Einschätzungen zugrunde:

4.2.1 In der Expertise vom 11. März 2013 stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 31.1/12 unten); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, instabilen und impulsiven Zügen (ICD-10

Z73.0), Angst und Depression gemischt in überwiegend leichter Ausprägung (ICD-10 F41.2) sowie Cannabisabusus (ICD-10 F12.1; AB 31.1/13 oben). Der Beschwerdeführer beklage das erstmalige Auftreten anxiodepressiver Symptome im Anschluss an den im Jahr 2005 erlittenen Herzinfarkt; bis heute habe er Probleme, seine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit anzuerkennen und seinen Lebensstil entsprechend anzupassen. So habe er ab 1. Mai 2007 konstant in einem Pensum von 70 % gearbeitet. Er schildere seine erneute Dekompensation im Februar 2011 vor dem Hintergrund veränderter und gestiegener beruflicher Anforderungen und vor allem einem grossen Konflikt mit seinem damaligen Vorgesetzten. Im Hinblick auf das primär reaktive Auftreten der beklagten anxiodepressiven Symptomatik im Anschluss an den Herzinfarkt (2005) und hinsichtlich der zunehmend konfliktuellen Situation am Arbeitsplatz (2011) wäre zunächst die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) zu stellen gewesen, welche jedoch in der Regel innerhalb von sechs Monaten ausheile resp. spätestens nach zwei Jahren selbst eine längere depressive Reaktion abgeklungen sein sollte (AB 31.1/13 f.). Bezüglich der individuell zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen und Copingstrategien im Rahmen einer Anpassungssituation komme der Primärpersönlichkeit des Betroffenen stets eine entscheidende Bedeutung zu; eine intakte Primärpersönlichkeit verfüge definitionsgemäss über überwiegend reife Abwehrmechanismen und sollte damit schneller eine geforderte Anpassung bewältigen können. Schaut man sich unter diesem Aspekt die Primärpersönlichkeit des Beschwerdeführers an, bestehe kein Anhalt dafür, dass eine echte Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10 vorliege, zumal er sich als gut integrierter Mensch mit einer stetigen und durchaus erfolgreich und mit Begeisterung ausgeübten Berufstätigkeit in verschiedenen Anstellungen und einer seit Jahren konstanten und harmonischen Partnerbeziehung beschreibe, der bis zu seinem Herzinfarkt im Jahr 2005 keinerlei psychischen Leidensdruck verspürt und niemals einen Psychiater konsultiert habe. Es zeigten sich hingegen gewisse akzentuierte, einerseits recht emotional unreife und impulsive, andererseits auch narzisstische Persönlichkeitszüge. So berichte der Beschwerdeführer, er sei immer schon ein sehr temperamentvoller Mensch gewesen, der Ungerechtigkeiten nicht habe ertragen können und stets seine Meinung gesagt habe; er sei dabei auch häufiger mit Leuten in Streit geraten und scheue die Auseinandersetzung nicht. Die-

se akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten es dem Beschwerdeführer nach Meinung des Gutachters bis heute erschwert, seine Situation zu akzeptieren und damit auch seine anxiodepressiven Symptome zu überwinden, und diese erklärten das weiterhin offenbar regelmässige Auftreten gewisser anxiodepressiver Symptome im Anschluss an stärkere psychosoziale Belastungen. Die im Jahr 2005 und zuletzt im Jahr 2011 reaktiv aufgetretenen anxiodepressiven Symptome seien mittlerweile bereits lange als weitgehend remittiert anzusehen. Die Situation des Beschwerdeführers werde dabei vor allem und ganz überwiegend durch seine akzentuierten Persönlichkeitszüge sowie auch eine eindeutig nicht krankheitsbedingte (Fehl-)Einstellung beeinflusst. Da das Zeitkriterium für die Diagnose einer Anpassungsstörung mittlerweile lange überschritten sei, sei die residuale, unterschiedlich ausgeprägte Symptomatik mittlerweile allenfalls noch als Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) neu zu definieren; keineswegs sei von einer echten rezidivierenden depressiven Störung gemäss Definition der ICD-10 F33 oder F32 auszugehen. Auch wenn der behandelnde Psychiater eine solche Diagnose postuliere (vgl. AB 7/2 Ziff. 1.1, 13/2 Ziff. 1.1), bestätige er selber den überwiegend reaktiven Charakter der aufgetretenen anxiodepressiven Symptomatik mit schneller Rückbildung und den grossen Einfluss der akzentuierten Persönlichkeitszüge (AB 31.1/15 f.). Neben einem zweifelsohne vorhandenen Leidensdruck liessen sich beim Beschwerdeführer auch immer wieder eindeutige Dramatisations- und Aggravationstendenzen sowohl in seinen Schilderungen als auch in seiner Mimik und Gestik feststellen. Er gebe permanent unmissverständlich seiner persönlichen Einschätzung Ausdruck, er sei nur noch zu maximal 50 % arbeitsfähig, und formuliere sein Rentenbegehren als ein ihm seiner Meinung nach zustehendes Recht (AB 31.1/17 unten). Die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien bei einer zumutbaren Willensanstrengung und ehrlicher Motivation ausreichend zu kontrollieren, handle es sich doch nicht um eine echte Persönlichkeitsstörung. So sei ihm jede seinem Alter, seinem Ausbildungsstand und seinen körperlichen Beeinträchtigungen angepasste Arbeit grundsätzlich vollzeitig zumutbar, wobei allenfalls eine Leistungsminderung von maximal 10 % anzuerkennen sei. Darüber hinaus werde die Situation des Beschwerdeführers stark von krankheitsfremden Faktoren (v.a. psychosoziale Faktoren sowie die Umstände und Bedingungen am aktuellen Arbeitsplatz, finanzielle Unsicherheiten,

narzisstische Kränkungen und der Wunsch nach Anerkennung) beeinflusst. Die psychiatrische Behandlung sei als adäquat und durchaus erfolgreich anzusehen. Die medikamentöse Compliance erscheine in Anbetracht des erniedrigten Plasmaspiegels des Antidepressivums zweifelhaft. Zudem sei eine strikte Cannabiskarenz zu empfehlen und dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht auch vollumfänglich zumutbar (AB 31.1/18 f.).

4.2.2 Die RAD-Ärztin med. pract. C. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, wies in der Stellungnahme vom 11. Juni 2013 darauf hin, dass die von der Pensionskasse des Beschwerdeführers anerkannte Leistungsminderung von 30 % (vgl. AB 2/3 Ziff. 4.4 i.V.m. 2/4 Ziff. 5.4, 8/4 Ziff. 3) allein psychologisch/psychiatrisch und nicht kardial oder rheumatologisch begründet worden sei, weshalb aus medizinischer Sicht somatisch eine kardiologische/rheumatologische Begutachtung nicht angezeigt sei (AB 42/2 f.).

4.2.3 Nachdem der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers attestiert und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) diagnostiziert hatte (AB 49/2), wies RAD-Ärztin E. _____ (nach eigenen Angaben Fachärztin für Neuropsychiatrie; im Medizinalberuferegister jedoch nicht und im FMH-Index ohne in der Schweiz anerkannten Facharztstitel verzeichnet) in der Stellungnahme vom 12. Mai 2014 darauf hin, dass diese Diagnose zwar zu wiederholter Arbeitsunfähigkeit führen könne, in der Regel jedoch keine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bewirke. Insofern stelle sie im versicherungspsychiatrischen Sinne nicht eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands dar. Es handle sich um eine z.B. verhaltenstherapeutisch und medikamentös gut behandelbare Störung. Bei guter Compliance sei die Krankheit überwindbar und eine Stabilisierung erreichbar. Die diagnostizierte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, stelle keine versicherungspsychiatrisch krankheitswertige Störung dar (AB 51/3).

4.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügungen vom 18. Juni 2013 (AB 43) und 28. Juli 2014 (AB 58) wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch ambulant (durch den behandelnden Psychiater; AB 78, 84), stationär (vom 23. April bis 9. Juli 2015 in der Privatklinik F. _____; AB 62/2, 65) und teilstationär (in der Tagesklinik der psychiatrischen Dienste G. _____ vom 15. Juli bis 25. September 2015; AB 77) behandelt, wobei den entsprechenden Berichten alte, neue und modifizierte Diagnosen – unter anderem auch der Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0; AB 65/2 Ziff. 1.1) bzw. ADHS (ICD-10 F90; AB 77/1 Ziff. 1.1) und dementsprechend unterschiedliche Beurteilungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu entnehmen sind (vgl. AB 89/4 unten). Aufgrund einerseits dieser psychiatrischen Problematik und andererseits mit Blick auf körperliche Krankheiten empfahl die RAD-Ärztin E. _____ eine polydisziplinäre Begutachtung (AB 89/5).

4.3.1 Im polydisziplinären Gutachten der H. _____ (MEDAS) vom 24. Januar 2017 (AB 111.1) diagnostizierten die Gutachter mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen bzw. impulsiven, narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0), chronische lumbovertebragene Schmerzen bei bilateraler Spondylolyse LWK 3, eine fortgeschrittene Diskopathie L3/4, relativ rezessale Enge LWK 3 rechts, und eine koronare Herzkrankheit, aktuell klinisch beschwerdefrei mit eingeschränkter Belastbarkeit (AB 111.1/43 f. Ziff. 7.1.1). Aus kardialer Sicht habe sich der Beschwerdeführer von seinem Myokardinfarkt im August 2005 und der nachfolgenden Bypass-Operation gut erholt; er sei seither kardial subjektiv beschwerdefrei und die kardiale medikamentöse Therapie sei adäquat. Die Leistungsfähigkeit sei aus kardiologischer Sicht aufgrund der Residuen des Myokardinfarkts 2005 leicht vermindert sowohl angestammt wie adaptiert. Die nur leichtgradigen Funktionseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule schränkten den Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... nicht wesentlich ein, ebenso wenig die leichtgradigen lumbalen Funktionsstörungen ohne radikuläre Nervenkompressionszeichen. Aus Sicht aller Teilgutachter stehe die psychiatrische Erkran-

kung im Vordergrund. Die bisherige Diagnose eines ADHS könne weder bestätigt noch widerlegt werden. Es bestünden Hinweise in der Vorgeschichte, aber es gebe in der neuropsychologischen Testung keine diesbezüglich auffälligen Befunde. Die gefundenen kognitiven Störungen würden am ehesten im Rahmen der Depression gesehen. Bei positivem Drogen-screening bestehe entgegen der Angaben des Beschwerdeführers ein fortgesetzter Cannabiskonsum; aus psychiatrischer Sicht handle es sich um eine Selbstbehandlung im Sinne eines schädlichen Gebrauchs. Aufgrund der Akten und der gestellten Diagnose sei im Längsverlauf davon auszugehen, dass die Persönlichkeitsebene relevanter sei, als bisher im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit angenommen worden sei. Immer wieder komme es zu Konflikten mit dem Umfeld, die auch zu längeren depressiven Episoden geführt hätten aufgrund der Persönlichkeitsproblematik. Aus rein psychiatrischer Sicht stünden zurzeit die Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen seien, im Vordergrund. Daneben gebe es aber auch nicht versicherte Faktoren wie Arbeitslosigkeit sowie schwierige wirtschaftliche Lage. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer als ... aufgrund der Persönlichkeitsstörung wie aber auch der depressiven Symptomatik nicht arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit, welche er selbst einteilen und die er selbst bestimmen könne, werde von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (AB 111.1/45 ff. Ziff. 7.2.3). Im Somatischen sei der Beschwerdeführer sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer adaptierten Tätigkeit aus rein kardiologischer Sicht seit dem Myokardinfarkt 2005 zu 70 % arbeitsfähig; aus allgemein-internistischer und orthopädischer Sicht ergäben sich nur qualitative Einschränkungen. Polydisziplinär bestehe seit dem 25. August 2005 sowohl in der bisherigen wie in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % aufgrund der verminderten Belastbarkeit nach Herzinfarkt sowie ab März 2015 in der bisherigen Tätigkeit von 0 % bzw. in einer adaptierten Tätigkeit von 50 % aufgrund der Persönlichkeitsstörung und der mittelgradigen depressiven Episode (AB 111.1/48 f. Ziff. 8.1 f.). Zurzeit bestehe psychiatrisch keine Therapie lege artis. Der Psychiater sei zurzeit abwesend. Auch bezüglich der medikamentösen Therapie stellten sich Fragen (AB 111.1/49 Ziff. 8.3).

4.3.2 Im Nachtrag vom 10. April 2017 ging der psychiatrische Gutachter, med. prakt. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, davon aus, dass im Rahmen der vorgeschlagenen Optimierung der medikamentösen antidepressiven Therapie die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit verbessert werden könne. Inwieweit der Beschwerdeführer aber aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik sich darauf einlassen könne, sei jetzt noch nicht absehbar und sollte nach einem Therapieversuch über die nächsten zwölf Monate neu beurteilt werden (AB 116).

4.4 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen,

solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

4.4.2 Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

4.5 Der Beschwerdeführer wurde erstmals im vorliegenden Verfahren somatisch begutachtet. In somatischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter der MEDAS mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) chronische lumbovertebrale Schmerzen bei bilateraler Spondylolyse LWK 3, (2.) eine fortgeschrittene Diskopathie L3/4, relativ rezessale Enge LWK 3 rechts, und (3.) eine koronare Herzkrankheit, aktuell klinisch beschwerdefrei mit eingeschränkter Belastbarkeit (AB 111.1/43 Ziff. 7.1.1).

4.5.1 Aufgrund der beiden erstgenannten (orthopädischen) Diagnosen ist den Gutachtern zufolge eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... nicht feststellbar; leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten von maximal 10 kg und ohne einseitige Zwangshaltungen, ohne überwiegendes Stehen und Gehen, gegebenenfalls mit vermehrten Pausen, seien in einem vollen Pensum möglich (AB 111.1/47 oben). Entsprechend attestieren die

Gutachter aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit, dies (höchstens) mit (vorliegend unbeachtlichen) qualitativen Einschränkungen (AB 111.1/48 f. Ziff. 8.1.1 und 8.2.1). Insoweit ist auf das Gutachten der MEDAS abzustellen (vgl. E. 4.4 hiervor).

4.5.2 Aus kardiologischer Sicht ist dem Gutachten der MEDAS zufolge die Leistungsfähigkeit aufgrund der Residuen des Myokardinfarkts im August 2005 (knapp normale Auswurfsfraktion links und dilatierter rechtsseitigen Herzhöhlen im Herzecho, verminderter Belastbarkeit in der Ergomatrie) sowohl angestammt als auch adaptiert leicht vermindert (AB 111.1/46 unten); die Arbeitsfähigkeit betrage seit dem Myokardinfarkt 2005 noch 70 % (AB 111.1/48 f. Ziff. 8.1.1 und 8.2.1). Den Gutachtern zufolge besteht diese Einschränkung somit bereits seit 2005, weshalb eine revisionsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit 2013 (AB 43) bzw. 2014 (AB 58) nicht ausgewiesen ist. Der behandelnde Psychiater hat schon damals auf kardiologische Probleme hingewiesen (AB 40/4 unten). Entsprechend forderte der Beschwerdeführer noch im Vorbescheidverfahren zusätzlich eine somatische Begutachtung (AB 40/1), liess dann aber die ohne solche ergangene Verfügung vom 18. Juni 2013 (AB 43) unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Es ist davon auszugehen, dass er selber nicht von einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardialen Gründen ausgegangen ist, zumal deshalb nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (vgl. AB 42/2 f.). Die Gutachter der MEDAS hielten denn auch fest, der Beschwerdeführer habe sich vom Myokardinfarkt im August 2005 und der nachfolgenden Bypass-Operation gut erholt und er sei seither kardial subjektiv beschwerdefrei, auch wenn die Leistungsfähigkeit angestammt wie auch adaptiert leicht vermindert sei (AB 111.1/46 ff. Ziff. 7.2.3); gestützt auf diese bloss leicht verminderte Leistungsfähigkeit attestierten die Gutachter dann aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von doch beachtlichen 30 % (AB 111.1/48 f. Ziff. 8.1.1 und 8.2.1), ohne dies näher zu begründen. Da diese Einschätzung klar in Widerspruch zu den tatsächlichen Gegebenheiten – abgesehen von der allein psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit war der Kläger während seiner Berufstätigkeit voll arbeits- und leistungsfähig – steht, kann vorliegend nicht von einer seit den letzten (leistungsabweisenden) Verfügungen vom 18. Juni 2013 (AB 43) bzw. 28. Juli 2014 (AB 58) eingetretenen Verschlechterung ausge-

gangen werden. Zudem vermag – für sich allein betrachtet – selbst eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % keine Rente zu begründen (vgl. E. 3.3 hiervor).

4.6 Im Vordergrund steht vielmehr das psychiatrische Leidensbild des Beschwerdeführers (vgl. AB 111.1/47 Mitte). Soweit vorliegend relevant diagnostizierte Dr. med. J. _____ im Gutachten vom 11. März 2013 eine bereits seit der Adoleszenz bestehende Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, instabilen und impulsiven Zügen (ICD-10 Z73.0) sowie Angst und Depression gemischt in überwiegend leichter Ausprägung (ICD-10 F41.2; diese Störung bestehe mindestens seit dem Jahr 2007, zuvor sei im Jahr 2005 und nochmals im Jahr 2011 von einer Anpassungsstörung auszugehen), dies jeweils ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, während der psychiatrische Gutachter der MEDAS im Gutachten vom 24. Januar 2017 den von ihm gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen bzw. impulsiven, narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (AB 111.1/34 Mitte).

4.6.1 Dr. med. J. _____ zufolge handelt es sich bei der Diagnose von "Angst und Depression gemischt" (ICD-10 F41.2) definitionsgemäss um viele Kombinationsmöglichkeiten relativ leichter Symptome; keineswegs sei von einer echten rezidivierenden depressiven Störung gemäss der Definition der ICD-10 F33 oder F32 im Sinne einer wirklichen "affektiven Psychose" auszugehen (AB 31.1/16 unten). Zu diesem Schluss gelangte Dr. med. J. _____ in Kenntnis der vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnose einer Erschöpfungsdepression, aktuell noch leichte Episode (Rezidiv) mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01; AB 7/2 Ziff. 1.1, 13/2 Ziff. 1.1), wobei alle Symptome einer leichten depressiven Episode nach psychosozialer Überforderung mit vorübergehender mittelschwerer bis schwerer Depression vorlägen (AB 7/3 Ziff. 1.4, 13/3 Ziff. 1.4). Dies begründet er damit, dass der behandelnde Psychiater selber den überwiegend reaktiven Charakter der aufgetretenen anxiodepressiven Symptomatik mit schneller Rückbildung und den grossen Einfluss der akzentuierten Persönlichkeitszüge bestätigt habe (AB 31.1/16 unten).

Dennoch konzentrierten sich in der Folge die Diagnosen der mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte (wie schon zuvor vom behandelnden Psychiater; AB 7/2 Ziff. 1.1, 13/2 Ziff. 1.1) auf die Klassifikationen F33 bzw. F32 (Dr. med. D. _____ am 6. Mai 2014 und 18. Dezember 2015: F33.11 [AB 49/2, 78/2 Ziff. 1.1]; Privatklinik F. _____ am 19. Juni 2015: F32.1 [AB 65/2 Ziff. 1.1]; Tagesklinik G. _____ am 10. November 2015: F33.1 [AB 77/1 Ziff. 1.1]; Dr. med. D. _____ am 22. April 2016: F33.2 [AB 84/2 Ziff. 2 f.]), dies bei entsprechendem Befundbild einer depressiven Verstimmung (vgl. AB 84/3 Ziff. 6). Inwieweit dabei krankheitsfremde (v.a. psychosoziale) Faktoren die Diagnosestellung beeinflusst haben, geht aus den Akten indessen nicht hervor. Auch med. prakt. I. _____ befand im Gutachten der MEDAS eine mittelgradige depressive Symptomatik. Da es in der Vorgeschichte verschiedene Episoden mit depressiven Symptomen gegeben habe, sei heute von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), auszugehen (AB 111.1/33 Mitte).

4.6.2 Diese unterschiedliche Beurteilung führte med. prakt. I. _____ darauf zurück, dass rückblickend im Längsverlauf wahrscheinlich eine deutlich stärkere Persönlichkeitsproblematik vorhanden sei als anfänglich angenommen (AB 111.1/32 Mitte, 111.1/33 unten). Diesbezüglich äusserte sich Dr. med. J. _____ seinerzeit dahingehend, dass nach allen zur Verfügung stehenden, sowohl eigen- als auch fremdanamnestischen Informationen kein Anhalt dafür bestehe, dass beim Beschwerdeführer eine echte Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10 vorliege. Der Beschwerdeführer beschreibe sich als sozial gut integrierten Menschen mit einer stetigen und durchaus erfolgreich und mit Begeisterung ausgeübten Berufstätigkeit in verschiedenen Anstellungen, zuletzt über 15 Jahre in der ...branche, und einer seit Jahren konstanten und harmonischen Partnerbeziehung. Darüber hinaus unterhalte er diverse Kontakte zu Freunden und Bekannten. Bis zu seinem Herzinfarkt im Jahr 2005, also im Alter von 40 Jahren, habe er keinerlei psychischen Leidensdruck verspürt und niemals einen Psychiater konsultiert. Entsprechend seien die Kriterien einer echten Persönlichkeitsstörung sicher nicht erfüllt; eine solche Diagnose sei denn auch vom behandelnden Psychiater bisher nie gestellt worden (AB 31.1/15 oben). Bezugnehmend darauf und zusätzlich unter Hinweis auf doch deutliche Auffällig-

keiten mit Konflikten und Ausrastern ging med. prakt. I. _____ von einer wahrscheinlich deutlich stärkeren Persönlichkeitsproblematik aus (AB 111.1/32 Mitte). Dabei spielten heute aus psychiatrischer Sicht Züge einer emotional instabilen Persönlichkeit sowie auch narzisstische und histrionische Anteile eine relevante Rolle. Es zeigten sich doch deutlich wechselnde instabile Stimmungen mit zum Teil impulsiven Ausbrüchen, aber auch Hinweise, dass der Beschwerdeführer zur Dramatisierung neige, ein Verlangen nach Anerkennung habe und auch selbstbezogene Züge zeige. Im Rahmen dieser Persönlichkeitsproblematik habe es immer wieder Konflikte mit dem Umfeld gegeben, die auch zu längeren depressiven Episoden geführt hätten (AB 111.1/33 unten).

4.6.3 Indem med. prakt. I. _____ rückblickend im Längsverlauf von einer deutlich stärkeren Persönlichkeitsproblematik (Persönlichkeitsstörung statt bloss akzentuierte Persönlichkeit) ausgeht, liegt – wie bereits anlässlich des Neuanmeldungsverfahrens gemäss Verfügung vom Verfügung vom 28. Juli 2014 (AB 58) – eine bloss andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor, welche nach ständiger Rechtsprechung unter revisions- und neuanmeldungsrechtlichem Gesichtswinkel unerheblich ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Der Gutachter erwähnt denn auch mit keinem Wort eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands. Zudem vermag die von med. prakt. I. _____ gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und die damit begründete volle Arbeitsunfähigkeit als ... (AB 111.1/48 Ziff. 8.1.1) nicht zu überzeugen. Denn med. prakt. I. _____ geht von denselben Befunden wie der Vorgutachter, namentlich einer seit der Kindheit bzw. Adoleszenz bestehenden ADHS-Problematik (AB 111.1/33 Mitte, 111.1/34 oben) resp. akzentuierten Persönlichkeitszügen (AB 31.1/13 Ziff. 4.2) aus und lässt völlig undiskutiert, weshalb es dem Beschwerdeführer bis zum im Jahr 2005 erlittenen Herzinfarkt dennoch möglich war, erfolgreich als ... tätig zu sein und seit Jahren in einer konstanten und harmonischen Partnerbeziehung zu leben. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt (Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 7 f.), treten Persönlichkeitsstörungen den diagnostischen Leitlinien (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015,

S. 276) zufolge nämlich häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Dies hat Dr. med. J. _____ seinerzeit eingehend berücksichtigt und entsprechend nachvollziehbar die Diagnose einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung verneint (AB 31.1/15 oben).

In Bezug auf die depressive Symptomatik (aktuelle Diagnose: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10 F33.1]; frühere Diagnose: Angst und Depression gemischt [ICD-10 F41.2]) gilt es festzuhalten, dass sich schon Dr. med. J. _____ mit einer echten rezidivierenden depressiven Störung gemäss Definition der ICD-10 F33 oder F32 auseinandergesetzt hat (AB 31.1/16 unten), zumal schon damals der behandelnde Psychiater eine Erschöpfungsdepression, aktuell noch leichte Episode (Rezidiv) mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01; AB 7/2 Ziff. 1.1, 13/2 Ziff. 1.1) diagnostiziert hatte. Dr. med. J. _____ anerkannte die wiederholte Ausbildung einer anxiodepressiven Symptomatik (AB 31.1/14 unten), stellte aber eine echte rezidivierende depressive Störung wegen des überwiegend reaktiven Charakters dieser Symptomatik in Abrede (AB 31.1/16 unten). Nachdem der behandelnde Psychiater in der Folge eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands attestiert und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), diagnostiziert hatte (AB 49/2), wies RAD-Ärztin E. _____ in der Stellungnahme vom 12. Mai 2014 darauf hin, dass diese Diagnose zwar zu wiederholter Arbeitsunfähigkeit führen könne, in der Regel jedoch keine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bewirke, weshalb unter versicherungspsychiatrischen Gesichtspunkten keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliege (AB 51/3). Die gestützt darauf ergangene Verfügung vom 28. Juli 2014 (AB 58) blieb unangefochten.

4.6.4 Nach dem vorstehend Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt (vgl. auch E. 2.3 hiervor) und es ist erstellt, dass im Vergleich zu den Referenzzeitpunkten im Juni 2013 (AB 43) bzw. Juli 2014 (AB 58) in den medizinischen Verhältnissen keine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ein Neuanmeldungsgrund

liegt damit auch hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands nicht vor.

4.7 Selbst wenn mit dem Beschwerdeführer von einem Neuanmeldungsgrund ausgegangen würde, führte die Indikatorenprüfung (vgl. E. 3.2 hiervor) – wie nachfolgend dargelegt – zur Abweisung der Beschwerde. Anzumerken ist dabei, dass gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 196 f.; Entscheid des BGer vom 14. April 2016, 9C_13/2016, E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff., E. 3.4 - 3.6 S. 291 ff. und 4.1 S. 296 ff.). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2 S. 413; vgl. Entscheid des BGer vom 7. März 2018, 8C_449/2017, E. 4.2.1). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Entscheid des BGer vom 16. Januar 2018, 9C_580/2017, E. 3.1).

4.7.1 Während Dr. med. J. _____ im Gutachten vom 11. März 2013 noch von eindeutigen Dramatisations- und Aggravationstendenzen sowohl in den Schilderungen als auch in Mimik und Gestik ausging (AB 31.1/17 unten), verneinte med. prakt. I. _____ im Gutachten vom 24. Januar 2017 zwar Hinweise auf Aggravation (AB 111.1/34 oben), erwähnte aber

auch, dass der Beschwerdeführer zur Dramatisierung neige (AB 111.1/33 Mitte). Da bloss verdeutlichendes Verhalten nicht per se auf Aggravation hinweist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 288), ist vorliegend nicht von einem Ausschlussgrund auszugehen.

4.7.2 Damit sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.7.3 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.7.4 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Dr. med. J. _____ zufolge wurde und wird die Situation des Beschwerdeführers vor allem und ganz überwiegend durch seine akzentuierten Persönlichkeitszüge sowie auch einige eindeutig nicht krankheitsbedingte (Fehl-)Einstellungen beeinflusst; erstere seien hingegen bei einer zumutbaren Willensanstrengung und ehrlicher Motivation ausreichend zu kontrollieren (AB 31.1/18 oben). Selbst wenn man mit med. prakt. I. _____ aufgrund seiner Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen bzw. impulsiven, narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0; AB 111.1/35 Ziff. 5.5.1) medizinisch betrachtet insgesamt eine mittelgradige Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit annehmen würde (AB 111.1/35 Ziff. 5.6.1), wäre den krankheitsfremden Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage [AB 111.1/33 unten]; zusätzlich gemäss Dr. med. J. _____: Wunsch nach Anerkennung der bisherigen Lebensleistung mit Überwindung des Herzinfarkts und der Bypassoperation, Sorge um Sohn mit phasenweiser Drogenabhängigkeit und Delinquenz, zunehmender Druck am Arbeitsplatz [AB 31.1/17 unten]) gebührend Rechnung zu tragen. Diese unterhalten das Krankheitsempfinden des Beschwerdeführers in doch ausgeprägter Weise. In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit nicht als erheblich ausgeprägt.

4.7.5 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Bei der Begutachtung anlässlich der Erstanmeldung (psychiatrische Exploration im März 2013) führte der Beschwerdeführer aus, den behandelnden Psychiater einmal monatlich zu konsultieren, bei Bedarf mehr (AB 31.1/8 unten). Diese psychiatrische Behandlung erachtete Dr. med. J. _____ als adäquat, doch zweifelte er die medikamentöse Compliance in Anbetracht des erniedrigten Plasmaspiegels des Antidepressivums trotz relativ hoher Dosierung an; er empfahl weitere Kontrollen und gegebenenfalls eine Dosisanpassung (AB 31.1/18 Mitte). Trotz bereits im Mai 2014 geltend gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustands (AB 49/2) und zwischenzeitlich stationärer (23. April bis 9. Juli 2015; AB 62/2, 65) und teilstationärer Behandlung (15. Juli bis 25. September 2015; AB 77) bescheinigte der behandelnde Psychiater im Bericht vom 18. Dezember 2015 eine bloss niedrigfrequentierte ambulante sozial-psychiatrische Begleitung mit intermittierendem Kontakterhalten zur Krisenintervention und antidepressiver Medikation (AB 78/3 Ziff. 1.5); gemäss weiterem Bericht vom 22. April 2016 sei die Behandlung vom Versicherten infolge des resignativen Zustands nur noch in akuten Krisenzeiten in Anspruch genommen worden (AB 84/3 Ziff. 7). Gegenüber den Gutachtern der MEDAS führte der Beschwerdeführer aus, seinen Hausarzt alle drei Monate für Blutentnahmen zu konsultieren. Mit dem Psychiater sei er so verblieben, dass er sich melden würde, was er dann im Juni 2016, als es ihm sehr schlecht gegangen sei, gemacht habe, doch habe er den Psychiater telefonisch nicht erreichen können. Per E-Mail sei dann eine Benachrichtigung gekommen, dass der Psychiater bis Oktober abwesend sei. Nach Meinung des Beschwerdeführers habe der Psychiater die Sprechstunden "runtergefahren", sei wohl pensioniert. Er habe dann selbstständig seine Tabletten "hochgeschraubt". Er wisse, dass er jederzeit ins Spital G. _____ könne, doch wolle er dies nicht, da auch das nichts bringe (AB 111.1/22 Ziff. 2.4.2). Zurzeit habe er keine Begleitung. Die Frau gebe ihm die Antidepressiva, da er sie selbst nicht nehmen würde (AB 111.1/27 oben). Gestützt darauf verneinte med. prakt. I. _____ eine Therapie lege artis, da der behandelnde Psychiater abwesend und ein nächster Termin erst im Oktober 2016 wieder möglich sei. Auch bezüglich der medikamentösen Therapie stellten sich Fragen; insbe-

sondere fälle auf, dass der Beschwerdeführer relativ hoch dosiert Cymbalta nehme und gleichzeitig einen relativ tiefen Blutspiegel habe (AB 111.1/34 unten). Auch wenn der behandelnde Psychiater nachträglich eine kontinuierliche ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers ohne Therapieunterbruch während seines Auslandsaufenthalts von Anfang Juli bis Ende September 2016 bestätigt hat, wobei der Beschwerdeführer vertretungsweise im Bedarfsfall seinen Hausarzt und/oder den Psychiatrischen Dienst am Spital G. _____ habe in Anspruch nehmen können (AB 130/13), stellt sich die Frage, warum der Beschwerdeführer vorgängig weder über den längeren Auslandsaufenthalt seines behandelnden Psychiaters informiert noch eine Stellvertretung sichergestellt worden war. Vielmehr ist aufgrund obiger Ausführungen davon auszugehen, dass sich die psychiatrische Behandlung auf Bedarfskonsultationen (Kriseninterventionen) und die Medikamentenverschreibung beschränkte. In Bezug auf die Medikamenteneinnahme verhält sich der Beschwerdeführer insofern widersprüchlich, als er zwar angab, die Dosierung eigenmächtig erhöht zu haben, die Medikamente aber nur auf Aufforderung seiner Frau einzunehmen; jedenfalls erscheint die medikamentöse Compliance in Anbetracht des Blutspiegels zweifelhaft. Angesichts all dessen kann nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden, zumal gewisse therapeutische Fortschritte erreicht werden konnten (AB 77/3 Ziff. 1.4) und mittels ambulant durchgeführter psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlung mehr Stabilität hätte erreicht werden sollen (vgl. AB 65/4 Ziff. 1.8).

4.7.6 Die bisherigen Kriterien der "psychiatrischen Komorbidität" und "körperlichen Begleiterkrankung" wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Als Komorbiditäten zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen sind mit den somatischen Gesundheitsschäden (vgl. E. 4.5 hiervor) ausgewiesen. Allerdings zeitigen die orthopädischen Befunde höchstens qualitative Einschränkungen bei voller Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.5.1 hiervor). Aus kardiologischer Sicht wird die Arbeitsfähigkeit im Gutachten der MEDAS als leicht vermindert

beschrieben (Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 %), dies bei subjektiver Beschwerdefreiheit und ohne vorgängig attestierter Arbeitsunfähigkeit aus kardiologischen Gründen (vgl. E. 4.5.2 hiavor). Daher erscheinen diese Störungen nicht ausgeprägt.

4.7.7 Mit Bezug auf den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) vermag die von den Gutachtern der MEDAS gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen bzw. impulsiven, narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0; AB 111.1/43 Ziff. 7.1.1) nicht zu überzeugen (vgl. E. 4.6.3 hiavor), denn trotz dieser nun diagnostizierten Persönlichkeitsstörung (AB 116/2 Ziff. 4) war der Beschwerdeführer über viele Jahre hinweg uneingeschränkt erwerbstätig und konnte im Übrigen auch eine stabile Ehebeziehung eingehen und führen. Sodann konnte er sich neuerdings zumindest teilweise selbst eingliedern, indem er sich um den eigenen kleinen ...betrieb kümmert (AB 111.1/36 Ziff. 5.8). Diese Umstände sprechen gegen erhebliche ressourcenhemmende Eigenheiten im Rahmen der Persönlichkeit. Vielmehr ist mit Dr. med. J._____ davon auszugehen, dass diese Eigenheiten bei einer zumutbaren Willensanstrengung und ehrlicher Motivation ausreichend zu kontrollieren sind (AB 31.1/18 oben).

4.7.8 Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über eine familiär stabile Situation (Frau [verheiratet seit 2008], Sohn und Mutter) verfügt; seit dem Klinikaufenthalt hat er eigenen Ausführungen zufolge aber keine weiteren sozialen Kontakte mehr (AB 111.1/26 oben), obschon er sich in der Tagesklinik gut in die Gruppe integriert hatte (AB 77/2 unten). Nachmittags kümmert er sich jeweils um die Tiere (...): Er füttert sie, mistet den Stall, mäht die Wiese und erledigt alle notwendigen Arbeiten (AB 111.1/26 oben). Damit ist kein ausgeprägter sozialer Rückzug erkennbar und das soziale Umfeld hält doch zumindest gewisse sich potenziell günstig auswirkende Ressourcen bereit.

4.7.9 Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303).

Bezüglich des Indikators gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer sich selbst als vollkommen arbeitsunfähig betrachtet und erst auf entsprechende Nachfrage des med. prakt. I. _____ hin einräumt, zu Hause Tätigkeiten auf dem kleinen ... nachzugehen; der Gutachter konstatierte, dass die Hände des Beschwerdeführers deutliche Arbeitsspuren aufwiesen (verschiedene Kratzer und dunkel umrundete Nägel); daraus folgte er, dass der Beschwerdeführer in einer selbst bestimmten und selbst einzuteilenden Tätigkeit eine Arbeitsleistung erbringen könne (AB 111.1/26 oben, 111.1/34 unten). Im Rahmen einer solchen weitestgehend selbstbestimmten Tätigkeit geht denn auch der psychiatrische Gutachter bei Optimierung der medikamentösen Therapie davon aus, dass wahrscheinlich die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne (AB 116/1 Ziff. 1).

Im Rahmen des Indikators "ausgewiesener Leidensdruck" fällt auf, dass der Beschwerdeführer niederfrequentiert bzw. gar nur im Bedarfsfall (Krisenintervention) in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht und die medikamentöse antidepressive Therapie dringend hätte angepasst werden müssen (vgl. AB 111.1/36 Ziff. 5.7). Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser geringen Behandlungsintensität nicht gesprochen werden.

4.8 Die gesamthafte Betrachtung der rechtserheblichen Indikatoren führt somit zum Schluss, dass ein gewisser Leidensdruck besteht, jedoch nur wenig ausgeprägte Einschränkungen ausgewiesen sind. Die Indikatoren, aus welchen sich durchaus mobilisierende Ressourcen ergeben, lassen nicht auf einen rechtsgenügenden Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer erheblich (häufig) eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, wie sie im Gutachten der MEDAS vom 24. Januar 2017 attestiert worden ist, aus psychiatrischer Sicht schliessen.

4.9 Zusammenfassend ist nach einer Würdigung sämtlicher Umstände nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang ist denn

auch die Pensionskasse für die K. _____, die im Invaliditätsfall ebenfalls Leistungen zugunsten des Beschwerdeführers zu erbringen hätte (vgl. dazu das heutige Urteil im Verfahren BV/2016/399), nicht beschwert, weshalb sich deren Beiladung zum vorliegenden Verfahren erübrigt.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnis:

- Pensionskasse K. _____

Die Kammerpräsidentin:

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.