

200 17 56 IV  
FUR/ZID/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Juni 2017**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Dezember 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Nachdem der 1973 geborene und seit 1992 bzw. 1994 als Hausmann tätige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) von der behandelnden Psychiaterin im März 2012 unter Hinweis auf ein seit ca. Ende Dezember 2011 bestehendes psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet worden war, meldete er sich im Juni 2012 unter Hinweis auf entsprechende Beeinträchtigungen selber zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 5). Nach Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art (AB 10, 15, 19, 22, 24, 33, 44, 53, 59, 77) ordnete die IVB ein Belastbarkeitstraining ab 4. November 2013 an, welches am 2. Dezember 2013 vorzeitig beendet wurde (AB 48); am 3. März 2014 verfügte sie den Fallabschluss im Eingliederungsmanagement (AB 52). Hinsichtlich weiterer Leistungen veranlasste die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 61) eine polydisziplinäre Begutachtung (Gutachten vom 18. März 2015; AB 72.1). Das psychiatrische Teilgutachten (AB 72.4) war für den RAD insbesondere bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht ohne weiteres nachvollziehbar (AB 75), weshalb nochmals eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt wurde (psychiatrisches Gutachten vom 11. März 2016; AB 86.1). Mit Vorbescheid vom 31. Mai 2016 (AB 88) stellte die IVB mangels Invalidität die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 88). Auf Einwand (AB 95, 98) und Stellungnahme des RAD (AB 100) hin verfügte die IVB am 5. Dezember 2016 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 101).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Vornahme weiterer Abklärungen. Gleichzeitig ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2017 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 5. Dezember 2016 (AB 101). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der rechtserhebliche Sachverhalt genügend abgeklärt ist.

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

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

## **2.**

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

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt

der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

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

**2.5** 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.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Die Hausärztin Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Schreiben vom 23. Januar 2012 (AB 2) eine Überlastungssituation nach Trennung einer langjährigen Beziehung. Nach 20 Jahren habe die Lebenspartnerin die Beziehung an Neujahr überraschend beendet. Diese habe in den letzten Jahren den Lebensunterhalt für beide verdient, während der Beschwerdeführer immer als Hausmann zu Hause gearbeitet habe. Direkt nach der Trennung sei es zu übermässigem Alkoholkonsum gekommen.

**3.1.2** Seit der Trennung ist es zu wiederholten Krisen mit Suizidalität und auch Alkoholkonsum mit der Folge mehrerer Hospitalisationen in C.\_\_\_\_\_, gekommen (AB 15/7 ff., 22/4 ff.).

**3.1.3** Vom 10. September bis 7. Dezember 2012 war der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_\_ in ... (AB 19/2 Ziff. 1.3). Diagnostiziert wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und mit stark suizidalen Stimmungseinbrüchen bei psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10 F32.3) seit Dezember 2011, ein Status nach lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankung im Jahr 1994 mit Rhabdomyolyse, Nierenversagen mit Dialyse, Kompartimentssyndrom der Oberschenkel beidseits, Ganzkörpersepsis mit drohendem Multiorganversagen, Lähmung des linken Handgelenkes, des rechten Schulterbereichs und des rechten Armes sowie Lähmungen im Beckenbereich mit Einbezug der Beine beidseits über meh-

rere Monate, sodann eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), weiter eine Polyneuropathie inklusive Schmerzsyndrom und schliesslich eine hirnorganische Wesensveränderung mit verminderter Belastbarkeit und Frustrationstoleranz (AB 19/2 Ziff. 1.1). Im Jahr 1991 (richtig: 1994) habe der Beschwerdeführer im Rahmen einer an sich nicht lebensbedrohlichen Intoxikation mit Drogen somatische Komplikationen entwickelt, die zu einer Critical Illness-Polyneuropathie, einer Enzephalopathie und zu einem Multiorganversagen geführt hätten, dies im Rahmen einer schweren Sepsis. Er habe neurologische Schädigungen sowie andere Organschädigungen erlitten. Dieses Ereignis bilde einen Knick in seiner Lebenslinie: Bis dahin habe er als ... gearbeitet; seither sei er in kein ausserhäusliches Berufsleben zurückgekehrt. Er habe sich als Hausmann betätigt, sei mit einer ..., die er im ... kennengelernt habe, zusammengezogen und habe mit ihr bis 2010 eine enge Beziehung gepflegt. Als sie sich plötzlich Ende 2011 von ihm getrennt habe, habe er diesen Halt verloren. So sei er in eine existenzielle Krise gestürzt; es sei zu wiederholten Alkoholintoxikationen mit suizidalem Charakter gekommen (AB 19/3 Ziff. 1.4; vgl. auch AB 22/7 ff.).

**3.1.4** Die behandelnde Psychiaterin med. pract. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 19. April 2013 eine schwere depressive Episode nach Verlust der Partnerin bei posttraumatischer Belastungsstörung nach 1994 erlittener lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankung verbunden mit einer hirnorganischen Wesensveränderung mit verminderter Belastbarkeit und Frustrationstoleranz (ICD-10 F32.2, F43.1, F07.8) sowie neuropathische Beinschmerzen unter Belastung länger als 30 Minuten (AB 22/1 Ziff. 2; vgl. auch AB 44/10 f.). Infolge dessen bestehe seit Ende Dezember 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 22/2 Ziff. 5). Es bestehe eine starke Konzentrations- und Gedächtniseinschränkung; der Beschwerdeführer sei bei der Arbeit zusätzlich verlangsamt, zudem sei er aufgrund der körperlichen Symptomatik (Beinschmerzen) eingeschränkt (AB 22/3 Ziff. 1).

**3.1.5** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte mit Berichten vom 20. November 2013 (AB 44) und 20. Juni 2014 (AB 59) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Critical Illness-

Polyneuropathie mit/bei Multiorganversagen im Rahmen einer Drogenintoxikation und neuropathischen und myopathischen residuellen Schmerzen sowie eine depressive Episode bei posttraumatischer Belastungsstörung und hirnorganischer Wesensveränderung (AB 44/2 Ziff. 1.1). Die Befunde würden zu Residuen einer schweren, axonal und sensibel betonten Polyneuropathie passen, wie sie im Rahmen einer Critical Illness auftreten könne. Es handle sich am ehesten um eine Spätfolge der Critical Illness-Erkrankung (AB 44/3 Ziff. 1.4 i.V.m. AB 44/8). Wegen der Schmerzen benötige er Pausen und wechselnde Arbeitspositionen, wodurch er verlangsamt werde. Grundsätzlich sei eine Tätigkeit im ...-Bereich oder in einer Tätigkeit mit einer geringen körperlichen Belastung zumutbar (AB 44/4 Ziff. 1.7). Das Ausmass der vollständigen Arbeitsunfähigkeit könne durch die neurologischen Diagnosen nicht befriedigend erklärt werden; es bestehe eine erhebliche Psychopathologie, die es in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen gelte (AB 59/2 Ziff. 5).

**3.1.6** Die Gutachter der G.\_\_\_\_\_ (MEDAS) diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 18. März 2015 (AB 72.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Multiorganversagen 1994 im Rahmen einer ätiologisch unklaren, schweren und akuten Systemerkrankung, rezidivierende depressive Störungen, derzeit leicht bis mittelgradige Störung (ICD-10 F33.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Polyneuropathie an den unteren Extremitäten nach Critical Illness (Sepsis und Nierenversagen) 1994, fuss- und rechtsbetont, sowie eine kardiovaskuläre Risikokonstellation (S. 13 lit. F). Die Systemerkrankung sei nach einer vier Monate dauernden Rekonvaleszenz und Rehabilitation in eine Art Defektzustand übergegangen mit vorerst tolerablen und kompensierten psychischen Symptomen (Ängsten) und körperlichen Beschwerden (neurologische und möglicherweise neuropsychologische Ausfälle). Dieses relative Gleichgewicht sei durch die Trennung von der langjährigen Lebenspartnerin Ende 2011 akut gestört worden. Zunächst habe eine schwere psychische Symptomatik mit immobilisierenden Ängsten und Suizidalität dominiert; später seien auch vermehrte Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten dazugekommen. Eigentliche intermedizinische Leiden seien dagegen nicht (oder nicht mehr) zu eruieren; so habe sich insbesondere die

1994 schwer gestörte Nierenfunktion wieder völlig normalisiert. Der vor allem 2012 stattgehabte Alkoholüberkonsum sei jedenfalls für die aktuelle Einschätzung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nicht mehr von Belang. Zusammenfassend ergäben sich derzeit keine Hinweise auf ein die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit einschränkendes internistisches Leiden. Allerdings werde der Status nach der schweren Erkrankung 1994 unter Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, weil ohne diese mit grösster Wahrscheinlichkeit keine Arbeitsunfähigkeit entstanden wäre. Trotz deutlicher neurologischer Befunde seien diese nicht der Hauptgrund für die fehlende auswärtige Tätigkeit; von neurologischer Seite her wäre durchaus eine Aufnahme einer Tätigkeit im ...-Bereich möglich, sitzende Arbeit wäre von Seiten der Arme her völlig ungestört, auch eine Tätigkeit, wo die Position gewechselt werden könne, wäre im ...-Bereich durchaus vorstellbar. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei aus den Befunden keine kognitiv bedingte Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit einer den beruflichen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit abzuleiten (S. 14 f. lit. G).

Entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers stünden auch für den begutachtenden Psychiater die psychischen Probleme im Vordergrund. Die schwere Erkrankung habe vor mehr als 20 Jahren eine posttraumatische Belastungsstörung und depressive Symptomatik ausgelöst mit zunehmender Rückzugstendenz und verschiedenen Ängsten bei offenbar dependenter und ängstlicher Persönlichkeitsstruktur. Dieses System sei durch die abrupte Trennung zusammengebrochen. Trotz mehrfacher Krisenintervention in verschiedenen psychiatrischen Kliniken sei es aber zu keiner dauerhaften Besserung gekommen; die stetige ambulante psychiatrische Behandlung habe immerhin zu einer gewissen Stabilisierung und Minderung der Suizidalität geführt. Aktuell ergebe sich das Bild einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung mit generalisierten Ängsten und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde durch das psychische Leiden dominiert: Für die frühere Tätigkeit als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, da der Beschwerdeführer dem begutachtenden Psychiater zufolge nicht in der Lage sei, die hierfür notwendige Verantwortung und Kommunikationsfähigkeit aufzubringen. Für den Psychiater ergebe sich in einer leidensadaptierten Tätigkeit (Heimarbeit)

seit 1994 im Anschluss an die Rehabilitation der Hinweis für eine Belastbarkeit von ca. fünf Stunden am Tag, seit 2012 (nach dem Auszug der Partnerin aus der gemeinsamen Wohnung) betrage die Arbeitsfähigkeit für die leidensadaptierte Tätigkeit zwei Stunden am Tag bzw. 25 % (S. 15 ff. lit. G).

**3.1.7** RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete im Bericht vom 6. Juli 2015 (AB 75) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichter bis (seiner Ansicht nach maximal) mittelgradiger depressiver Episode einigermaßen nachvollziehbar, hingegen die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung unter Heranziehung der Kriterien gemäss ICD-10 einerseits und den Angaben im psychiatrischen Befund andererseits als nicht eindeutig ausgewiesen. Nicht nachvollziehbar sei die psychiatrische Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Erstens bestehe Erklärungsbedarf zwischen der Angabe einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Heimarbeit) von ca. fünf Stunden pro Tag seit 1994 einerseits und andererseits den Auszügen aus dem Individuellen Konto (IK) bis 1997 (AB 10, 24), wonach der Beschwerdeführer von Januar 1994 bis Oktober 1997 noch ein Jahreseinkommen zwischen ca. Fr. 35'700.-- und knapp Fr. 50'200.-- erwirtschaftet habe. Zweitens sei nicht nachvollziehbar, warum die Trennung von der früheren Lebenspartnerin per 2012 eine so relevante und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach sich gezogen haben solle, dass dem Beschwerdeführer nunmehr eine leidensangepasste Tätigkeit (Heimarbeit) nur noch zwei Stunden pro Tag zumutbar sein sollte.

**3.1.8** Im psychiatrischen Gutachten vom 11. März 2016 verneinte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine eigenständige primär psychische Störung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit äusserte er den Verdacht auf die Lebenszeitdiagnose Abhängigkeitsstörung von psychotropen Substanzen, ohne dass diese Diagnose zu bestätigen wäre, erwähnte deskriptiv aktuell Agoraphobie mit Soziophobie, jedoch nicht als spezifische Angststörung gemäss ICD-10 diagnostiziert, und wies auf allenfalls unklare psychische Belastungsfaktoren hin, was indessen diskussionsbedürftig sei. Ebenfalls diskussionsbedürftig seien alle Vordiagnosen. So lägen zum Ereignis von 1994 kaum und

die nachfolgende Zeit bis Ende 2011 keine Dokumente über die Inanspruchnahme hausärztlicher, psychiatrischer oder psychotherapeutischer Leistungen vor. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich weder aus den Angaben zu Jugend und jungem Erwachsenenalter bis 1994 noch eigentlich zu den Jahren zwischen 1994 und 2012 die Aussage treffen, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Erkrankung gelitten oder Symptome einer primär psychischen Störung aufgewiesen hätte. Aus der versicherungspsychiatrischen Einschätzung heraus seien die Diagnosestellungen ab 2011 zumindest ungenau, auf jeden Fall hätten sich keine Hinweise auf frühere depressive Episoden ergeben, abgesehen von der Zeit psychischer Erkrankung der Monate 2012 sei keine Episode dokumentiert worden, zu der sich der Beschwerdeführer in Behandlung befunden habe, eine typische manische oder depressive Symptomatik durchgemacht habe, Medikamente eingenommen habe oder gar eine Phasenprophylaxe durchgeführt habe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht inklusive der aktuellen Untersuchung werde jedenfalls die Aussage getroffen, dass die Evidenz für das Vorliegen einer affektiven Störung, womöglich einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, nicht erbracht sei. Zusätzlich liege aktuell kein depressives Syndrom vor, das einer derartigen Störung zugeordnet werden könne. Der Beschwerdeführer habe zweifelsohne 1994 erhebliche Traumatisierungen erlitten, hierauf aber nicht kompetente Hilfe in Anspruch genommen. Er schildere nicht die einschlägige Symptomatik, sondern beschreibe vielmehr zum Beispiel, dass er sich zu Hause neben der Tätigkeit als Hausmann etwa mit der Ernährung, Studien oder Diätfragen beschäftigt und zum Thema Muskelaufbau und gesunde Ernährung viele Sportler beraten habe. Es sei nicht nachvollziehbar, warum der Beschwerdeführer bei der Diagnosestellung einer womöglich posttraumatisch bedingten ängstlichen Symptomatik oder auch einer spezifischen Angsterkrankung seine frühere Tätigkeit nicht mehr ausüben könnte. Insoweit sei das Gutachten vom 18. März 2015 (vgl. E. 3.1.6 hiervor) nicht nachvollziehbar. Es sei noch ein zweiter Aspekt anzufügen, der aus der aktuellen persönlichen Untersuchung beschrieben werden müsse. Der Beschwerdeführer habe über eine lange Zeit der persönlichen Untersuchung deskriptiv als ängstlich und sozial zurückgezogen gegolten, obwohl hierfür ad hoc keine gute Erklärung habe gegeben werden können. Er habe alsdann spontan auf die Bitte, einer Haaranalyse zuzustimmen, bejahend reagiert. Als ihm dann allerdings

erklärt worden sei, es könne eine Haarprobe entnommen werden, die über drei, in seinem Fall auch bis zu sechs Monaten eine Aussage treffen würde, seine angegebene Abstinenz nachzuweisen, habe sich bei ihm ein deutlicher Wandel ergeben, er habe das Einverständnis zurückgezogen, habe davon gesprochen, dies sei ihm zu intim und persönlich, ausserdem sei ja gerade das Thema des unterstellten Konsums psychotroper Substanzen das Traumatisierende, das Zugrundeliegende seiner posttraumatischen Belastungsstörung. Ihm wäre durchaus zumutbar, sein Einverständnis zu geben, seine Abstinenz psychotroper Substanzen nachzuweisen. Wolle er dies nicht tun, bleibe unklar, worunter er eigentlich leide. Werde argumentiert, es sei eine posttraumatische Belastungsstörung auf dieses Thema hin, so wäre auch daraus keine andauernde Arbeitsunfähigkeit ableitbar, zumal der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung andere Inhalte der ehemaligen Traumatisierung angegeben habe. Es werde deshalb angenommen, dass er arbeitsfähig wäre, würde er eine anhaltende Abstinenz nachweisen und eine optimierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (AB 86.1/18 ff.).

**3.1.9** Im Rahmen des Einwandverfahrens erachtete die behandelnde Psychiaterin das erste Gutachten (vgl. E. 3.1.6 hiervor) als zutreffend, die Schlussfolgerungen des zweiten Gutachtens (vgl. E. 3.1.8 hiervor) indes nicht, wobei sie unter anderem auf die bei der damaligen Lebenspartnerin des Beschwerdeführers eingeholte Auskünfte abstellte (AB 98/6). Da sich der Beschwerdeführer wortkarg und wenig informativ gezeigt habe, ein unterliegend, tiefgreifendes Problem indessen spürbar vorhanden gewesen sei, seien diverse (Arbeits-)Diagnosen gestellt worden. Hauptproblematik der komplexen Traumafolgestörung seien die zwischenmenschlichen Verletzungen mit Vertrauens- und Beziehungsverlusten. Die im zweiten Gutachten vorgeschlagene Haaranalyse habe der Beschwerdeführer kategorisch abgelehnt; dies habe wie ein "Trigger" gewirkt, nicht zuletzt, da er nicht nur durch die Ärzte im Spital, sondern auch von den einflussreichen Eltern seiner Freunde und seiner eigenen Familie als "Drögeler" stigmatisiert worden sei. Hiermit sei 1994 nach Empfinden des Beschwerdeführers eine soziale Ausgrenzung eingeleitet worden (AB 98).

**3.1.10** Mit Stellungnahme vom 5. September 2016 verneinte der RAD-Arzt neue relevante Erkenntnisse seitens der behandelnden Psychiaterin. Die Begründung, warum der Beschwerdeführer die Haaranalyse abgelehnt habe, erscheine nicht plausibel (AB 100).

## **3.2**

**3.2.1** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C\_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.2.3** Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

**3.3** Aktenmässig erstellt und denn auch unbestritten ist, dass die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen. Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 101) stützte sich die Beschwerdegegerin im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2016 (vgl. E. 3.1.8 hiervor). Dieses Gutachten erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.1 hiervor; vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 5. September 2016 [AB 100]) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Nachvollziehbar wird aufgezeigt, warum nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS (vgl. E. 3.1.6 hiervor) abgestellt werden kann (vgl. auch die Stellungnahme des RAD vom 6. Juli 2015 [AB 75]). Unter Heranziehung der Kriterien gemäss ICD-10 und des psychiatrischen Befundes kann entsprechend dem RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.7 hiervor) und dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.9 hiervor) nicht auf eine posttraumatische Belastungsstörung geschlossen werden, nahm der Beschwerdeführer doch keine kompetente fachliche Unterstützung in Anspruch und auch eine Psychopathologie über viele Jahre lässt sich nicht ableiten (AB 86.1/24 f.). Soweit die behandelnde Psychiaterin die Re-Traumatisierung im zwischenmenschlichen Bereich durch den Vertrauensbruch seiner einzigen Vertrauensperson, die sich ohne Vorwarnung von ihm trennte, erblickt (AB 98/5), ist dem entgegenzuhalten, dass eine Re-Traumatisierung grundsätzlich im gleichen oder vergleichbaren Bereich passieren sollte und vorgängig zwischenmenschliche Verletzungen mit Vertrauens- und Beziehungsverlusten (so nunmehr

AB 98/2) eigentlich nie Thema waren (vgl. dazu insbesondere die Berichte der behandelnden Psychiaterin vom 20. Oktober 2012 [AB 15/2 ff.] und 19. April 2013 [AB 22/1 ff.]). In Bezug auf die von der MEDAS ebenfalls diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störungen, derzeit leicht bis mittelgradige Störung (ICD-10 F33.1; vgl. E. 3.1.6 hiervor), gilt festzuhalten, dass der RAD-Arzt diese Diagnose noch einigermassen nachvollziehbar erachtete, selber aber von maximal einer mittelgradigen depressiven Episode ausging (vgl. E. 3.1.7 hiervor). Dr. med. H.\_\_\_\_\_ verneint nun aber aus sozialversicherungspsychiatrischer Einschätzung in nachvollziehbarer Weise die Evidenz für das Vorliegen einer affektiven Störung, womöglich einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, zumal sich keine Hinweise auf frühere depressive Episoden (abgesehen von der Zeit psychischer Erkrankung der Monate 2012) ergeben hätten, in denen sich der Beschwerdeführer in Behandlung befunden habe, eine typische manische oder depressive Symptomatik durchgemacht habe, Medikamente eingenommen habe oder eine Phasenprophylaxe (AB 86.1/23). Einer leichtgradigen depressiven Episode ist ohnehin der invalidisierende Charakter abzusprechen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Dr. med. H.\_\_\_\_\_ setzt sich somit in überzeugender Weise mit den diversen Diagnosestellungen und dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS (vgl. E. 3.1.6 hiervor) auseinander. Unter den gesamten Umständen, auch hinsichtlich der Weigerung des Beschwerdeführers, seine Abstinenz zu belegen, kommt er zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine eigenständige primär psychische Störung vorliegt. Entsprechend erweist sich die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter der MEDAS (0 % als ... und fünf bzw. nach Auszug der Partnerin zwei Stunden in einer angepassten Tätigkeit; vgl. E. 3.1.6 hiervor) in keiner Weise als nachvollziehbar. Die Kritik der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.1.9 hiervor) vermag das schlüssige Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. dazu auch die Stellungnahme des RAD vom 5. September 2016 [AB 100]), wobei auch auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (vgl. E. 3.2.2 f. hiervor) hinzuweisen ist.

**3.4** Zusammenfassend ist vorliegend von dem von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (AB 86.1) auszugehen, wonach der Beschwerdeführer im Aufgabenbereich Hausmann als auch bei Annahme einer Erwerbstätigkeit nicht anspruchrelevant beeinträchtigt ist. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen der Beschwerde – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.5** Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Dargelegten als rechtmässig. Die Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Angesichts seines Unterliegens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, grundsätzlich zu tragen (vgl. Art. 108 Abs. 1 VRPG). Indessen hat der nicht vertretene Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ersucht.

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Prozessarmut ist ausgewiesen. Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Entsprechend ist dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und er ist unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.