

200 17 651 IV
KOJ/SHE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Januar 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____ und/oder Frau Rechts-
anwältin C. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Juni 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 12. Juni 2015 unter Hinweis auf seit dem 10. Februar 2015 bestehende psychiatrische Probleme und eine seitherige vollständige Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese führte berufliche und medizinische Abklärungen durch. Insbesondere erfolgte eine Untersuchung durch med. pract. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), welcher im Bericht vom 30. Mai 2016 (AB 47) eine interdisziplinäre Begutachtung empfahl. Diese erfolgte am 28. und 30. September sowie 4. Oktober 2016 in der MEDAS E._____ (MEDAS; MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 [AB 79.1]). Gestützt hierauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. März 2017 (AB 80) in Aussicht, mangels invalidenversicherungsrelevanter gesundheitlicher Beeinträchtigung einen Anspruch auf IV-Leistungen zu verneinen. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (AB 82, 85) entschied sie mit Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 11. Juli 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____ und Fürsprecher B._____, hiergegen Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien die Akten zur Sachverhaltsergänzung und zur neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbehelfen fest.

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 13. Juni 2017 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grund-

sätze sind deshalb u.a. analog anwendbar auf ein Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und eine Neurasthenie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286).

2.3.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.3 Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt 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 neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). 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 nachge-

wiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3.4 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307).

2.4 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 Dreiviertelrente, 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.

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

3.

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

3.1.1 Im Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ vom 22. Juni 2015 (AB 37.2/15) wurden eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie ein CFS (ICD-10 G93.3) diagnostiziert (S. 15). Aktuell sei der Versicherte aufgrund seiner Schlafstörung, dem Konzentrationsmangel und der geringen Belastbarkeit zu 100% arbeitsunfähig. Er verfüge jedoch über eine Vielzahl an Ressourcen, weshalb eine Wiederaufnahme des bisherigen Berufes in Zukunft nach Einleiten einer begleitenden psychotherapeutischen Unterstützung möglich sei (S. 16 Ziff. 7).

3.1.2 Dr. med. G. _____ der psychiatrischen Dienste F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 30. Juni 2015 (AB 10) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie ein CFS (ICD-10 G93.3), bestehend seit 2007 (S. 1 Ziff. 1.1). Weiter attestierte sie vom 8. Juni bis zum 11. September 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Zeitweise beständen ein Konzentrationsverlust sowie massive Erschöpfungszustände mit Tagesschläfrigkeit bei ausgeprägter Schlafstörung und unberechenbarer, schwankender Leistungstoleranz, gelegentlich Bewusstseinsstörungen. Diese Einschränkungen würden den Berufsalltag des Versicherten erschweren (S. 3 Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei ab Mitte September zu 30% zu rechnen (S. 4 Ziff. 1.9).

3.1.3 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juli 2015 (AB 12) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Insomnie, Tagesschläfrigkeit gemischter Genese bei Restless-Legs-Syndrom und mangelnder Schlafhygiene, eine chronisch rezidivierende depressive Störung, eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), Differentialdiagnose: psychotische Entwicklung, bestehend seit 2006, einen Status nach Mononukleose 2006 sowie eine chronische Müdigkeit seit 2006 mit Leistungsintoleranz und rezidivierenden Infekten (S.1 Ziff. 1.1). Seit dem 10. Februar 2015 sei der Versicherte als ... zu 100% arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Im Vorder-

grund stünden eine Leistungsintoleranz und chronische Erschöpfung sowie gehäufte Erkältungen mit Hals-, Kopf- und Gliederschmerzen. Deswegen sei es dem Versicherten seit 15. Februar 2015 nicht möglich, seiner bisherigen Tätigkeit nachzugehen. Bereits früher sei er wegen ähnlicher Beschwerden zwischen 2013 und 2014 wiederholt krankgeschrieben gewesen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm noch vier Stunden am Tag möglich (S. 2 Ziff. 1.7).

3.1.4 Im undatierten, am 15. Januar 2016 (AB 25) bei der IVB eingegangenen Bericht diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen chronischen Erschöpfungszustand, Differentialdiagnose CFS, mit/bei Status nach Epstein-Barr-Virus(EBV)-Infektion, chronische Schlafstörungen und depressiver Symptomatik / Dysthymia (ICD-10 F34.1). Weiter nannte er den Verdacht auf eine chronische Borreliose (S. 2 Ziff. 1.1). Hauptproblem seien die extreme körperliche Schwäche und Müdigkeit sowie die immer wiederkehrenden viralen Infekte. Diese würden sich in Form von Konzentrationsstörungen und Müdigkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Wegen der Infektsymptome gebe es viele Arbeitsausfälle (S. 3 Ziff. 1.7). Seit dem 10. Februar 2015 und bis auf weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

3.1.5 Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Februar 2016 (AB 31) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CFS (ICD-10 G93.3) bei Status nach infektiöser Mononukleose 2007 sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01; S. 1 Ziff. 1.1). Seit der Mononukleose im Jahre 2007 bestehe eine deutlich raschere Ermüdbarkeit. Bei Überanstrengung kämen regelmässig weitere grippeähnliche Symptome wie Kopf-, Glieder- und Halsschmerzen sowie Schwindel und Übelkeit dazu. Das Leistungsniveau habe in den letzten Jahren stetig abgenommen. Nach bereits wenigen Stunden jeglicher Tätigkeit (Freizeit oder Arbeit) trete eine schwere körperliche Erschöpfung ein. Aktuell zeige der Versicherte ein Aktivitätsniveau (über die minimalen lebenserhaltenden Aktivitäten hinausgehend) von maximal 10%. Diese nutze er für ein angepasstes Aufbautraining im Fitnessstudio. Maximal diese Zeit könnte in der angestammten Tätigkeit genutzt werden (jeweils eine bis zwei

Stunden pro Tag vorwiegend morgens). Die Leistungsfähigkeit sei dabei um ca. 50% eingeschränkt. Dabei müsse ein hohes Mass an Flexibilität bestehen, das die Schwankungen der Leistungsfähigkeit berücksichtigen würde (S. 5 Ziff. 1.7).

3.1.6 Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 10. Mai 2016 (AB 58/2) eine Tagesschläfrigkeit und Tagesmüdigkeit, eine episodisch wiederkehrende grippale Symptomatik ohne Fieber sowie Muskelschmerzen und eine Leistungsintoleranz (S. 2). Insgesamt bestehe seit einer EBV-Infektion 2007 eine polymorphe Symptomatik mit Fatigue und Tagesschläfrigkeit, wiederholten Episoden von afebriler grippaler Symptomatik mit Muskelschmerzen, Leistungsintoleranz und Kopfschmerzen sowie depressiver Symptomatik (S. 3).

3.1.7 Im Bericht der Klinik L. _____ vom 29. Juni 2016 (AB 61/6) wurde ein CFS bei Status nach EBV-Infektion 2007 diagnostiziert (S. 6). Aufgrund der Befunde fänden sich keine Hinweise für eine aktive infektiöse Erkrankung, welche die Beschwerden erklären könnten. Ein CFS nach EBV-Infektion sei gut beschrieben. Ungewöhnlich seien allerdings die Schwere der Symptomatik und die Progredienz der Beschwerden im Verlauf (S. 7).

3.1.8 Prof. Dr. med. K. _____ hielt im Bericht vom 13. Juli 2016 (AB 61/1) fest, die Ursache der Belastungsminderung mit muskulären Schmerzen und rezidivierender grippeähnlicher Symptomatik bleibe weiterhin unklar. Die Beschreibung sei aber konsistent und bei der langen Anamnese und fehlenden erklärenden Elementen für eine psychogene Störung werde eine solche mit den bis anhin normalen Ergebnissen der neurologischen und metabolischen Abklärungen nicht bewiesen.

3.1.9 Im MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 79.1) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 39 Ziff. 6.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein subjektives Erschöpfungssyndrom unklarer Ätiologie, aktuell ohne Hinweise für eine internistische, infektiologische, neurologische oder somnologische Ursache, eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie ein Status nach EBV-Infektion (Ziff. 6.2). Was die Diagnose eines CFS betreffe, erfülle der Versicherte definitions-

gemäss einige Kriterien eines CFS, die Diagnose könne aber nicht gestellt werden, zumindest liege keine invalidisierende Form der Erkrankung vor. Es erscheine nämlich nicht plausibel, dass er anamnestisch angebe, seit 2007 an einem CFS zu leiden, jedoch andererseits von Juni 2007 bis Juni 2010 eine dreijährige Lehre zum ... erfolgreich abschliessen konnte. Zudem habe der Versicherte angegeben, dass er nach der EBV-Infektion ca. alle zwei bis drei Monate (bzw. ca. viermal im Jahr) an nichtfieberhaften Infekten gelitten habe. Dazwischen sei es ihm gut gegangen. Dies stelle eine Diskrepanz zur Diagnose eines CFS dar (S. 46 Ziff. 7.5). Die klinischen allgemein-internistischen und neurologischen Untersuchungsbefunde seien unauffällig, ebenso die Zusatzuntersuchungen. Neuropsychologisch fänden sich isolierte Leistungseinbussen im Bereich der attentionalen Funktionen: eine ungenügende gerichtete Aufmerksamkeitsleistung sowie Alertness, eine verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit in der selektiven Aufmerksamkeitsleistung und eine quantitativ unterdurchschnittliche Konzentrationsleistung. Die geteilte Aufmerksamkeit sei grenzwertig. Die Resultate der Fragebogen zur Selbsteinschätzung bezüglich einer motorischen und kognitiven Fatigue würden in Richtung einer schweren Ermüdung weisen. Eine ebensolche schwere Ermüdung sei aber während der zweieinhalbstündigen neuropsychologischen Untersuchung nicht zu erkennen gewesen. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbussen liessen sich als leichte kognitive Störung umschreiben. Es fänden sich leichte Minderleistungen mehrerer kognitiver Teilfunktionen bei ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht gebe es derzeit keine Hinweise für ein rentenrelevantes Leiden, insbesondere könne eine Depression oder Angststörung ausgeschlossen werden (S. 48 f. Ziff. 1). Die zu objektivierenden Gesundheitsschädigungen würden beim Versicherten zu keinen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen, weder in der angestammten noch in einer anderen entsprechenden Tätigkeit (S. 49 Ziff. 2). Die leichte kognitive Störung lasse sich neuropsychologisch nicht abschliessend einordnen. Eine Erschöpfung, eine schlechte Schlafqualität wie auch psychische Symptome könnten eine ebensolche unspezifische Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung bedingen (Ziff. 3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass er ausser den vorübergehenden krankheits-

hospitalisations- und rekonvaleszenzbedingten Zeiten einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit seit 2007 stets uneingeschränkt zu 100% arbeitsfähig gewesen sei (S. 54 Ziff. 1).

3.1.10 Dr. med. I. _____ äusserte sich im Bericht vom 24. April 2017 (AB 85/13) zum MEDAS-Gutachten. Den darin aufgeführten internistischen, neurologischen und psychiatrischen Befunderhebungen könne im Wesentlichen nichts hinzugefügt werden. Jedoch sei die Schlussfolgerung, wonach dem Versicherten eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde, für ihn (Dr. med. I. _____) absolut unverständlich und inakzeptabel. Er betreue den Versicherten seit August 2015. In dieser Zeit habe sich dessen Gesundheitszustand nicht wesentlich verbessert. Bereits kleinere Anstrengungen hätten immer wieder zu einer Aggravation der Symptome geführt, meist mit vermehrten Kopfschmerzen, extremer körperlicher Schwäche und teils infekähnlichen Symptomen (u.a. Glieder- und Halsschmerzen). Der Versicherte habe im September 2015 einen Arbeitsversuch zu 40% unternommen. Bereits nach ca. drei Wochen habe er wegen Kopf- und Halsschmerzen sowie Schwindel mit extremer Erschöpfung erneut zu 100% krank geschrieben werden müssen (S. 13). Zu dieser Zeit sei er in einem objektiv deutlich reduzierten Allgemeinzustand gewesen. Es liege eindeutig ein sog. postvirales Müdigkeitssyndrom vor, da die Erkrankung im Anschluss an einen EBV-Infekt aufgetreten sei (S. 14). Nachdem der Versicherte vor der jetzigen Erkrankung aktiv viel Sport getrieben habe, sei er heute zeitweise kaum mehr in der Lage, einen längeren Spaziergang zu unternehmen. Er sei durch die Krankheit nicht nur beruflich, sondern auch sozial stark eingeschränkt. Mindestens sieben Nebenkriterien für das Vorliegen eines CFS seien erfüllt. Während der Jahre 2007 bis 2010 seien die Symptome noch weniger ausgeprägt gewesen, weshalb er die Ausbildung zum Fachbetreuer habe abschliessen können (S. 15).

3.1.11 Prof. Dr. med. K. _____ äusserte sich im Bericht vom 15. Mai 2017 (AB 85/11) zum MEDAS-Gutachten. Bezogen auf die diagnostischen Überlegungen sei dieses von guter Qualität, die Dokumentation sei vollständig und enthalte noch umfangreichere Informationen als diejenige, die er bei seinen Konsultationen aufgenommen habe. Die Interpretation der Daten und die Schlussfolgerungen würden ihm (Prof. Dr. med.

K._____) kohärent erscheinen. Es stelle sich aber insbesondere die Frage der Bewertung der Symptomatik in Bezug auf ein CFS. Die im Zentrum M._____ durchgeführten Untersuchungen im Hinblick auf eine mitochondriale Cytopathie hätte diese Verdachtsdiagnose nicht bestätigen können. Eine solche bleibe aber durchaus möglich, vor allem in Anbetracht der weiteren Progression der Symptomatik. Der Verlauf werde diesbezüglich wahrscheinlich Klärung schaffen. Einstweilen sei es sicher vernünftig, vorliegend von einem CFS zu sprechen. Die meisten der Kriterien seien hierfür erfüllt. Der weitere Verlauf müsse aber sorgfältig beobachtet werden (S. 11). Die Konsequenzen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien noch „etwas offen“, in den Konsultationen seien die Angaben des Versicherten, dass er mit diesen Beschwerden nicht arbeiten könne, durchaus glaubwürdig (S. 12).

3.1.12 Am 23. Mai 2017 (AB 85/8) nahm Dr. med. J._____ Stellung zum MEDAS-Gutachten. Der Versicherte sei durch ihn ab dem 23. Oktober 2017 (recte: 2015) durchgehend arbeitsunfähig geschrieben worden. Auf die von ihm beschriebenen „Sachverhältnisse“ würden die MEDAS-Gutachter in ihrer retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht eingehen. Die Krankschreibung sei erfolgt, nachdem der Versicherte im Oktober 2015 nach erneutem Eintritt in die Arbeit nach wenigen Tagen zunächst unter körperlicher Erschöpfung, Kopfschmerzen, Zunahme der Schlafstörungen, Übelkeit mit Erbrechen, Diarrhoe, Halsschmerzen, Kältegefühlen und Lärmempfindlichkeit gelitten habe. Nach weiteren Tagen unter Fortführung der Arbeitstätigkeit zu 40% seien psychische Symptome wie Hoffnungslosigkeit, subjektive Sinnlosigkeit, Freudlosigkeit, Antriebshemmung und erhöhte Irritabilität und Anspannung dazugekommen. Zusätzlich seien Suizidgedanken aufgetreten, welche ausserordentliche Absprachen notwendig gemacht hätten. Aufgrund der akuten Zustandsverschlechterung mit körperlichen und psychischen Symptomen habe er (Dr. med. J._____) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 8). Die Diagnose eines CFS sei zu stellen, nachdem mindestens 7 Kriterien hierfür erfüllt seien. Aufgrund der Auswirkungen, dass der Versicherte seine Aktivitäten mittlerweile aufgrund der Beschwerden hauptsächlich auf seinen Haushalt beschränke, sei von einem schweren Grad der Erkrankung auszugehen (S. 9).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 79.1) ab, wonach der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... zu 100% arbeitsfähig ist. Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (E. 3.2 hiervor). Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und würdigten die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet.

Uneinigkeit besteht zwischen den Gutachtern und den behandelnden Ärzten Dres. med. J._____, K._____ und I._____ namentlich in der Diagnose eines CFS und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Dem Beschwerdeführer ist insoweit beizupflichten (vgl. Beschwerde S. 3), dass die Diagnose eines CFS angesichts des potentiell progredienten Verlaufs der Krankheit nicht einzig mit dem Hinweis auf die Verhältnisse der Jahre 2007 bis 2010 verneint werden kann. Dazu ist jedoch festzuhalten, dass die Gutachter bei der Diskussion, ob ein CFS vorliege oder nicht, neben der in jener Zeit erfolgreich absolvierten Lehre zu Recht auch Angaben des Beschwerdeführers berücksichtigt haben, wonach es ihm zwischen den ca. viermal pro Jahr aufgetretenen EBV-Infekten jeweils gut gegangen sei, was gegen ein CFS spreche (AB 79.1 S. 46). Das erscheint plausibel.

Ob die fragliche Diagnose eines CFS beim Beschwerdeführer nun jedoch zu stellen ist oder nicht, muss indessen nicht abschliessend beurteilt werden. Soweit sie zu seinen Gunsten bejaht würde, wäre die Erkrankung, wie nachfolgend gezeigt, unter rechtlichen Aspekten nicht invalidisierend.

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist nachfolgend gemäss BGE 141 V 281 anhand einer Prüfung der massgebenden Standardindikatoren (vgl. E. 2.3.3 hiervor) zu prüfen, ob rechtlich die Voraussetzungen zur Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung erfüllt sind. Ausschlussgründe bestehen keine, wird doch im MEDAS-Gutachten ausgeführt, dass die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung bei der durchgeführten neuropsychologischen Begutachtung keine Zweifel an der Leistungsmotivation des Beschwerdeführers in der Untersuchung begründeten und keine Anhaltspunkte im Sinne einer Aggravation oder Simulation vorlagen (AB 79.1 S. 49 Ziff. 4).

3.5 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist zwischen den Komplexen „Gesundheitsschädigung“ (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz sowie Komorbiditäten), „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ zu unterscheiden.

3.5.1 Wie im MEDAS-Gutachten eindrücklich beschrieben wird, sind die klinischen allgemein-internistischen und neurologischen Untersuchungsbefunde unauffällig, ebenso die Zusatzuntersuchungen. Neuropsychologisch fänden sich isolierte Leistungseinbussen im Bereich der attentionalen Funktionen. Jedoch sei eine schwere Ermüdung, wie sie sich aufgrund des Fragebogens zur Selbsteinschätzung ergeben habe, während der zweieinhalbstündigen neuropsychologischen Untersuchung nicht zu erkennen gewesen. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbussen liessen sich als leichte kognitive Störung umschreiben. Es fänden sich leichte Minderleistungen mehrerer kognitiver Teilfunktionen bei ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht gebe es derzeit keine Hinweise für ein rentenrelevantes Leiden, insbesondere könne eine Depression oder Angststörung ausgeschlossen werden. Zu diagnostizieren sei eine Dysthymia (AB 79.1 S. 48 f. Ziff. 1). Diese ist jedoch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. u.a. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Mai 2017, 8C_208/2017, E. 4.2) kein Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und begründet damit auch keine Invalidität. Daran hat auch der Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017, nichts geändert, zumal die Voraussetzung für eine

Anspruchsberechtigung eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibt (E. 8.1). Der diagnostizierten Dysthymia massen die MEDAS-Gutachter jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (AB 79.1 S. 47 Ziff. 7.5 und S. 51 Ziff. 2) und es ist nicht ersichtlich, inwiefern ihr ressourcenhemmende Wirkung zukäme.

Der Beschwerdeführer gab an, neben einem Schmerzmedikament ein Medikament einzunehmen, welches zur Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung nach erfolgter Entgiftung von Opiat- bzw. Alkoholabhängigen verwendet wird. Er konsultiere ca. einmal im Monat seinen Hausarzt. Zudem sei er alle zwei Wochen bei Dr. med. J. _____ in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung (AB 79.1 S. 19 Ziff. 3.3; vgl. auch www.compendium.ch). Diese wurde Ende Oktober 2017 beendet (AB 85/8). Damit kann nicht von einer aktuell konsequent und motiviert durchgeführten fachärztlich angeordneten intensiven Psychotherapie gesprochen werden und damit gilt der Beschwerdeführer keineswegs als „austherapiert“. Daran ändert der Umstand, dass seine Kooperation positiv bewertet wurde, nichts.

3.5.2 Der Komplex „Persönlichkeit“ spricht vorliegend ebenfalls nicht für eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumal gemäss dem MEDAS-Gutachten für Ich-Störungen keine entsprechenden Hinweise vorliegen und diesbezüglich keine Auffälligkeiten vermerkt werden konnten. Auch konnte ein affektiver Rapport gut hergestellt werden und der Beschwerdeführer war im formalen Denken vollständig geordnet (AB 79.1 S.36).

3.5.3 Zum Komplex „Sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass dieser Ressourcen beinhaltet: der Beschwerdeführer pflegt regelmässige soziale Kontakte zu seinem Patenkind (AB 47 S. 3), hat einen guten Kontakt mit seiner Familie und einen „kleinen guten Freundeskreis“ (AB 5 S. 2), besorgt den Haushalt selbstständig, nimmt Termine wahr (AB 79.1 S. 17 Ziff. 3.1.4) und repariert Computer (AB 47 S. 3).

3.6 Bezüglich der Kategorie „Konsistenz“ fällt auf, dass gestützt auf die bereits dargelegten Tätigkeiten des Beschwerdeführers im Alltag nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen ver-

gleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden kann. Auffallend ist, dass er u.a. über ein Aufmerksamkeitsdefizit und eine schnelle Ermüdbarkeit klagt (AB 79.1 S. 17 Ziff. 3.1.4), im Gegenzug jedoch in der Lage ist, am Abend zwei Stunden mit einem Freund Computerspiele zu spielen (S. 53 Ziff. 1).

3.7 Die Gutachter bescheinigen dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Verweistätigkeit (AB 79.1 S. 47). Soweit die behandelnden Ärzte demgegenüber eine anhaltende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit postulieren, ist dem die Feststellung von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 23. Mai 2017 (AB 85/8) entgegenzuhalten, wonach sich die somatischen Beschwerden deutlich gebessert bzw. die psychiatrischen Auffälligkeiten deutlich reguliert hätten. Wenn dieser alsdann kritisiert, die Gutachter hätten den Beschwerdeführer erstmals in „diesem stabilisierten Zustand“ gesehen, dabei jedoch die bereits geleistete Anpassung der Lebensführung nicht berücksichtigt (S. 10), ist dies nicht geeignet, die gutachterlichen Schlüsse in Frage zu stellen. Vielmehr haben die MEDAS-Gutachter gerade auch die aktuelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die Akten und eigenen Untersuchungen festzusetzen, was sie denn auch zu Recht unter Berücksichtigung einer allfällig bereits eingetretenen Verbesserung getan haben.

3.8 Aufgrund des Dargelegten sind die Auswirkungen eines allfälligen CFS überwindbar und es besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resp. kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Es erübrigen sich somit weitere medizinische Abklärungen in diagnostischer Hinsicht bzw. zur Klärung der Frage, ob der Beschwerdeführer an einem CFS leidet oder nicht.

Damit besteht kein Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Die Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) erweist sich daher als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

4.

4.1 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.

4.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie 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):
 - Fürsprecher und Notar B. _____ und/oder Frau Rechtsanwältin C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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

