

200 17 879 IV  
SCP/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Dezember 2017**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. September 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2014 unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung und "Suizid" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 3). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere liess sie den Versicherten bei der medizinischen Abklärungsstelle BEGAZ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 22. November 2016 [AB 75.1]). Mit Vorbescheid vom 1. Juni 2017 (AB 95) stellte sie die Abweisung des Leistungsgesuchs mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 101) verfügte die IVB am 4. September 2017 wie vorgesehen (AB 103).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 5. Oktober 2017 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, das verbleibende Leistungsvermögen rechtsgenügend abzuklären und auf dieser Basis über den Rentenanspruch erneut zu entscheiden.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 4. September 2017 (AB 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV.

**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). Er-

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**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.2** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit

unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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).

**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** 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).

**2.6** 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** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2014 (AB 1.2) wurde festgehalten, der Patient befinde sich seit dem 6. Dezember 2013 nach einem Suizidversuch in stationär-psychiatrischer Behandlung. Es liege eine depressive Störung vor, wobei retrospektiv wohl von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden müsse. Allerdings sei der Patient bislang nicht in einer längerfristigen ambulanten psychiatrischen

Behandlung gewesen. Vor vielen Jahren habe nur eine Kurzzeitgesprächs-therapie stattgefunden. Des Weiteren bestünden mehrfache psychosoziale Belastungsfaktoren im beruflichen sowie im privaten Bereich. Aktuell sei der Patient nicht arbeitsfähig. Es bedürfe noch einer weiteren intensiven stationären Behandlung, damit auch nachhaltig und langfristig eine gute Prognose der depressiven Störung gewährleistet werden könne.

Im Austrittsbericht derselben Klinik vom 28. April 2014 (AB 16 S. 7 ff.) betreffend der vom 6. Dezember 2013 bis 16. April 2014 dauernden stationären Behandlung wurden eine schwere depressive Episode bei zu diskutierender rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.2) mit Status nach Suizidversuch am 5. Dezember 2013, akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), eine mittelgradige Perzeptionsschwerhörigkeit beidseits, eine akute Gastritis und ein Status nach rezidivierenden Prostatitiden diagnostiziert. Der Patient sei nach einem Suizidversuch notfallmässig zugewiesen worden. Bei Eintritt habe eine schwere depressive Episode vorgelegen. Er habe insgesamt sehr gut vom angebotenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsprogramm und der Psychopharmakotherapie profitieren können und habe in deutlich gebessertem, stimmungstabilerem und zuversichtlicherem Zustand nach Hause entlassen werden können. Hinweise auf ein Knalltrauma bei Status nach Suizidversuch mit Schusswaffe seien nicht gefunden worden. Der Hörverlust betrage rechts 42 % und links 41 %. Eine Hörgeräteversorgung werde empfohlen. Für den Zeitraum vom 6. Dezember 2013 bis 15. Mai 2014 liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor, danach müsse eine Neuevaluation durch den Nachbehandler erfolgen.

**3.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 6. Juni 2014 (AB 16 S. 1 ff.) rezidivierende depressive Episoden, derzeit Status nach schwerer Episode (ICD-10: F33.2) mit Suizidversuch am 5. Dezember 2013 (Beginn der Erkrankung ca. 14./15. Lebensjahr) und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6; seit Jugendalter). Die Prognose stelle sich als schwierig dar, da die auslösende Problematik, die Zukunft des Familienbetriebes, nicht gelöst sei. Bis auf weiteres liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Mitinhaber und Führungsperson

im Familienbetrieb (...) vor. Seit seiner Entlassung aus der Klinik D.\_\_\_\_\_ lebe der Patient in einer Bauernfamilie und könne dort unter beschützenden Bedingungen im Bauernbetrieb mitarbeiten. Dabei bestehe eine Leistungsfähigkeit von 50 %.

**3.1.3** Im Bericht des Ärztezentrums Interlaken vom 11. Juni 2014 (AB 17 S. 1 ff.) wurde bei diagnostizierten rezidivierenden Prostatitiden und Depression mit schwerer depressiver Episode festgehalten, der Patient sei körperlich fit, geistig bzw. psychisch sei er vielleicht seiner Aufgabe als Geschäftsführer eines ... Betriebes nicht gewachsen. Es bestehe eine gute Chance auf Besserung der Symptomatik, aktuell sei er vollständig arbeitsunfähig.

**3.1.4** Dem Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 (AB 44 S. 7 ff.) ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte vom 1. Oktober bis 4. Dezember 2014 zum zweiten Mal in stationärer Behandlung befunden habe. Er sei nach einem Zusammenbruch freiwillig in die Klinik eingetreten. Nach dem Austritt im April 2014 habe er vier Monate auf einem Bauernhof gearbeitet. Danach habe er einen Arbeitsversuch auf einem Pferdehof gemacht, sich dabei aber überfordert. Der Patient habe sich auf der Station willkommen gefühlt. Er habe realisiert, dass sich seine Stimmung in der Gruppe deutlich aufgehellt habe, der Suiziddruck habe nachgelassen. Der aktuelle Aufenthalt habe sich insgesamt als erfolgreich erwiesen. Vor dem Austritt habe der Patient viel ruhiger, im Affekt deutlich schwingungsfähiger, sowie insgesamt vorsichtig optimistisch gewirkt. Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2014 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

**3.1.5** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ verwies im Bericht vom 12. Mai 2015 (AB 44 S. 1) auf einen im Vergleich zum Vorbericht vom 6. Juni 2014 weitgehend unveränderten Befund. Es finde eine integrierte psychiatrische Behandlung alle zehn bis vierzehn Tage statt. Der Patient arbeite zurzeit im Rahmen eines Arbeitsversuches auf einem Reiterhof. Dort gebe es immer wieder Stresssituationen bzw. zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, die ihn destabilisieren und auch in einem geschützten Rahmen arbeitsunfähig machen würden. Deshalb sei bei einer Wiedereingliederung grosse Vorsicht geboten. Nach ihrer Einschätzung wäre eine Teilrente sinnvoll.

**3.1.6** F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neuropsychiatrie und Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), erachtete im Bericht vom 4. Juni 2015 (AB 46) die in den medizinischen Berichten mehrmals postulierte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als plausibel nachgewiesen. Obschon der Versicherte in allen Phasen der Krankheit einsichtig und compliant hinsichtlich der psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und sozialpsychiatrischen Interventionen gewesen sei, habe er offensichtlich nie eine längerdauernde und stabile Remissionsphase erreicht. Diese depressive Störung mit einem langwierigen Krankheits- und Therapieverlauf, gepaart mit der aufgrund schwieriger Ereignisse und Erfahrungen in der Kindheit und im Jugendalter entstandenen Persönlichkeitsstörung, stelle ein objektives Hindernis in der Bewältigung von Konflikten und der Lebensaufgaben dar. Die angestammte Tätigkeit sei zurzeit nicht zumutbar. Eine Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne Verantwortung und geistiger Flexibilität sowie ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sei vier Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche ohne Leistungsminderung zumutbar. In einer solchen leidensangepassten Tätigkeit könne bei einem stabileren Zustandsbild (in einer längeren Remissionsphase) eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden.

**3.1.7** Im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2015 (AB 52) verwies Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf einen stationären Gesundheitszustand. Aktuell liege eine mittelschwere depressive Symptomatik mit somatischen Problemen und chronischer Suizidalität als Reaktion auf zwischenmenschliche Konflikte vor. Die Prognose sei gleichbleibend ungünstig. Für den ersten Arbeitsmarkt sei der Patient 100 % arbeitsunfähig.

**3.1.8** Dem Austrittsbericht der psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 (AB 75.4 S. 1 ff.) betreffend einer vom 13. Januar bis 31. März 2016 dauernden Hospitalisation sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) bei Status nach Suizidversuch am 5. Dezember 2013 und kombinierter Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Zügen (Eintrittsdiagnose); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

Episode (ICD-10: F33.1) bei kombinierter Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Zügen (Austrittsdiagnose); Status nach Sturz vom Pferd am 25. September 2015 mit Beckenkontusion und persistierenden Schmerzen; Gewichtsverlust, chronische gastritische Beschwerden. Der Patient sei aufgrund einer Zunahme der depressiven Symptomatik bei akuter Suizidalität freiwillig in die Klinik eingetreten. Durch intensive, psychotherapeutische Arbeit und Erarbeitung neuer Perspektiven im Bereich Wohnen und Beschäftigung habe der Patient eine neue Zukunftsorientierung und Hoffnung erleben können, die parallel mit der Stimmungsaufhellung zu einer deutlichen Reduktion der Depressivität geführt habe.

**3.1.9** Im MEDAS-Gutachten vom 21. November 2016 (AB 75.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: 1. Rezidivierende depressive Störung, zurzeit mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1); 2. Mehrfaktoriell bedingte geringe Testleistungen; 3. Pantonale Schallempfindungsschwerhörigkeit (ICD-10: H90.3); 4. Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1), mittelgradig kompensiert (S. 51). Im Rahmen der otoneurologischen Untersuchungsbefunde mit pantonaler Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, bestünden zurzeit qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass Tätigkeiten unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel, mit möglicher Akzentuierung der auditiven Beschwerdesymptomatik sowie des Tinnitus, für den Exploranden nicht geeignet seien. In einer diesen qualitativen Einschränkungen angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 30 f.). In psychiatrischer Hinsicht sei die Gesundheitsschädigung aktuell primär durch die deutliche depressive Symptomatik gegeben. So leide der Explorand an einer deutlichen Reduktion des Antriebs, einer erhöhten Ermüdbarkeit und einer Unsicherheit sowie einer Konzentrationsstörung (S. 42). Es sei vom Vorliegen von akzentuierten narzisstischen und ängstlichen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) auszugehen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei aufgrund der biographischen Angaben nicht zu stellen (S. 41). Aufgrund der Symptome der mittelgradig depressiven Episode und der generellen Unselbstständigkeit des Exploranden, welche sich dadurch seit Dezember 2013 entwickelt habe, sei zum jetzigen Zeitpunkt und gemittelt aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen der Schwere

der depressiven Episoden von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % in der ursprünglichen Tätigkeit als ... seit Dezember 2013 auszugehen. Die jetzige Tätigkeit (auf einem Bauernhof) müsse als angepasste Tätigkeit beurteilt werden. So arbeitete der Explorand in einem ihm wohlwollenden Umfeld, wo er regelmässig bei seinen Tätigkeiten angeleitet und unterstützt werde. Unter solchen Umständen sei eine höhere Arbeitsfähigkeit bis mutmasslich 70 % möglich. Dabei handle es sich jedoch um einen geschützten Arbeitsplatz und nicht um einen solchen auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 48). Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich in den Testbefunden Hinweise auf Inkonsistenzen. Bezüglich Alltagsaktivitäten bestehe eine Diskrepanz zur Fahreignung, die aufgrund der vorliegenden Befunde nicht gegeben wäre. Eine über die von psychiatrischer und somatischer Seite begründete hinausgehende Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der ungenügenden Validität der Befunde nicht attestiert werden (S. 26). Das von den Gutachern aus gesamtmedizinischer Sicht definierte Zumutbarkeitsprofil entspricht demjenigen des psychiatrischen Gutachters (S. 54 f.).

**3.2** Soweit die somatischen Beschwerden betreffend, wird im MEDAS-Gutachten vom 21. November 2016 (AB 75.1) in Übereinstimmung mit den medizinischen Vorakten (vgl. dazu AB 16 S. 12 und AB 17 S. 2) überzeugend dargelegt, dass weder die jeweils hausärztlich erfolgreich behandelten körperlichen Beschwerden noch die Schwerhörigkeit den Beschwerdeführer in seinem Beruf als ... zu beeinträchtigen vermögen und Letztere mittels Hörgeräteversorgung verbessert werden kann (AB 75.1 S. 30). Insofern kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er sich wegen der Hörbehinderung als ... für nicht mehr arbeitsfähig hält (Protokoll per 03.11.2017 [Protokoll; in den Gerichtsakten], Eintrag vom 09.09.2014; Beschwerde S. 9 f.). Was die gerügte fehlende neurologische Abklärung betrifft (Beschwerde S. 6), ergeben sich aus den Akten keine Hinweise auf diesbezügliche Defizite. Soweit der neuropsychologische Gutachter festhielt, ob und inwieweit zerebrale Auswirkungen des Suizidversuchs bestünden, lasse sich anhand der vorliegenden Daten nicht schlüssig beurteilen, ist dies vor dem Hintergrund der ungenügenden Anstrengungsbereitschaft im Rahmen der neuropsychologischen Testung zu sehen. So zeigte der Beschwerdeführer teilweise Defizite, die unter dem Niveau von Exploranden mit dokumentierter hirnorganischer Schädigung lagen (AB

75.1 S. 24). Zudem führte der otorhinolaryngologische Gutachter aus, es zeigten sich keine Hinweise auf eine relevante CO-Intoxikation anlässlich des Suizidversuchs, da weder eine Sauerstofftherapie noch eine Sauerstoffbedürftigkeit anlässlich der notfallmässigen Hospitalisation im Jahre 2013 aus den Akten hervorgingen (AB 75.1 S. 30). Damit ist in somatischer Hinsicht von einem hinreichend abgeklärten medizinischen Sachverhalt auszugehen und das MEDAS-Gutachten erweist sich diesbezüglich als voll beweiskräftig (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.3** Im psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens wird nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass zwar vom Vorliegen von akzentuierten narzisstischen und ängstlichen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) auszugehen ist, jedoch aufgrund der erfolgreich absolvierten beruflichen und militärischen Ausbildungen sowie der intakten Freundschaften und Beziehungen eine Persönlichkeitsstörung nicht zu diagnostizieren ist (AB 75.1 S. 41). Der Gutachter führt hierzu weiter aus, es könne nicht von einem überdauernden Muster der Persönlichkeit ausgegangen werden, welches in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen würde, was gemäss DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jedoch das Kriterium B für die Diagnose einer allgemeinen Persönlichkeitsstörung wäre. Das Abstellen auf das DSM-V anstelle der ICD-10 schadet der Schlüssigkeit der gutachterlichen Einschätzung nicht, besteht doch einerseits kein Definitionsmonopol der ICD-10 (BGE 130 V 396 E. 6.3 S. 403) und unterscheiden sich die in den beiden Klassifikationssystemen aufgeführten Diagnosekriterien hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen nicht wesentlich (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274 f.). Hinzu kommt, dass sich die gutachterliche Einschätzung mit derjenigen der behandelnden Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_\_ und der psychiatrischen Diensten G.\_\_\_\_\_ (AB 16 S. 7; 75.4 S. 1) diesbezüglich vollumfänglich deckt. Was die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Rahmen ihrer advokatorisch abgefassten Stellungnahme vom 3. Juli 2017 zum Vorbescheid (AB 101) dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern. Sie rekapituliert darin die Lebens- und – vor allem – Leidensgeschichte des Beschwerdeführers,

ohne diese jedoch anhand der klinisch-diagnostischen Leitlinien zu würdigen und einzuordnen bzw. darzulegen, inwiefern die entsprechenden Diagnosekriterien erfüllt seien.

**3.4** Des Weiteren wird vom psychiatrischen Gutachter in Übereinstimmung mit den medizinischen Vorakten nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an depressiven Stimmungsschwankungen leidet und insoweit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu stellen ist (AB 75.1 S. 39). Dagegen setzt er sich nicht mit folgenden Feststellungen auseinander: Dem Lebenslauf des Beschwerdeführers lässt sich entnehmen, dass die depressiven Episoden mit suizidalen Absichten stets als Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich im Zusammenhang mit den vom Adoptivvater an den Beschwerdeführer gestellten überhöhten Anforderungen und Erwartungen, welchen er nicht zu genügen vermochte (vgl. dazu AB 75.4 S. 9; AB 16 S. 7 ff.; AB 17 S. 2 Ziff. 1.7 sowie Protokoll, Eintrag vom 27.06.2014), auftraten. Sowohl dem Protokoll (Einträge vom 14.07.2014 und 30.07.2014) als auch dem Lebenslauf (BB 4 insb. S. 5) kann zudem entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nach einem Weggang aus dem elterlichen Betrieb in seinem angestammten Beruf stets wieder über eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit verfügte. Insoweit vermag die gutachterliche Einschätzung einer im Längsschnitt dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit nicht zu überzeugen. Ebenfalls nicht zu überzeugen vermag mit Bezug auf den Beweisgegenstand der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit die Einschätzung des Gutachters, bei der aktuellen Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz auf einem Bauernhof, wo der Beschwerdeführer in seinen Tätigkeiten angeleitet und unterstützt werde, handle es sich um einen angepassten Arbeitsplatz, in welchem er eine höhere Arbeitsfähigkeit aufweise als in der Tätigkeit als ... im ersten Arbeitsmarkt (AB 75.1 S. 48 und 54 f.). Soweit der psychiatrische Gutachter überdies davon ausgeht, die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen sei adäquat (AB 75.1 S. 46 und 48), vermag dies deshalb nicht zu überzeugen, weil er sich mit der von der behandelnden Psychiaterin durchgeführten Therapiemassnahmen weder auseinandersetzt noch im Gutachten darüber Auskunft gibt, ob der Beschwerdeführer die ihm verordnete Medikation auch tatsächlich in der erforderlichen Dosierung einnimmt

(AB 75.1 S. 36 f.). Der mit Bezug auf die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ausbleibende Therapieerfolg steht denn auch in Widerspruch zu den rasch eingetretenen Therapieerfolgen während der stationären Behandlungen (vgl. dazu AB 16 S. 13; AB 44 S. 9; AB 75.4 S. 3). Der Gutachter setzt sich mit Bezug auf die von der behandelnden Psychiaterin erwähnten narzisstischen Pathologie, welche auch als vulnerabler Narzissmus bezeichnet werden könne (AB 101 S. 3), nicht damit auseinander, inwiefern vom Beschwerdeführer aufgrund des in der Kindheit erlebten abrupten Endes einer bäuerlichen Lebensform (vgl. dazu Lebenslauf [BB 4] S. 1), erwartet und gefordert werden kann, dass er sein dysfunktionales Verhaltensmuster, die Arbeit und Erfahrung mit Pferden als wichtigsten Schlüssel zu seiner persönlichen Genesung zu betrachten (AB 75.4 S. 2) bzw. die jetzige Lebensform auf einem Hof im ... mit gleichzeitiger Arbeit in einem Pferdehof zu idealisieren (AB 44 S. 3), aufgibt, um sich einer beruflichen Wiedereingliederung im gelernten Beruf zu stellen. Soweit die behandelnde Psychiaterin in diesem Zusammenhang eine Teilberentung für sinnvoll erachtet (AB 44 S. 5), ist sie darauf hinzuweisen, dass mit Bezug auf die vorliegend streitigen Belange das sogenannte "Neurosenmodell" überholt ist und die Ausrichtung einer Rente im Sinne einer Abgeltung für eine erlittene Verletzung keine therapeutische Option mehr darstellt (vgl. dazu ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, N. 21 ff.).

**3.5** Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 4. September 2017 (AB 103) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche im Rahmen einer erneuten psychiatrischen Begutachtung bei einem mit dem Beschwerdeführer noch nicht befassten Gutachter zu klären haben wird, ob die auf dem Hintergrund von ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Persönlichkeitszügen und psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. hierzu BGE 127 V 294) entstandenen depressiven Störungen ein von diesen Belastungsfaktoren verselbstständigtes eigenständiges Krankheitsbild darstellen und vom Beschwerdeführer bei adäquaten Therapiemassnahmen gefordert werden kann, dass er sich einer beruflichen Wiedereingliederung stellt. Von der behandelnden Psych-

laterin wird sie hierzu die vollständige Krankengeschichte des Beschwerdeführers einzuholen haben.

Abschliessend ist die Beschwerdegegnerin auf folgendes hinzuweisen: Soweit sie im angefochtenen Entscheid und in der Beschwerdeantwort aufgrund der von der Rechtsprechung formulierten Standardindikatoren davon ausgeht, es liege keine konsequente Depressionstherapie vor (AB 103 S. 3; Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 14), vermag dies nach den Ausführungen hiervor die im MEDAS-Gutachten aus fachmedizinischer Sicht abgegebene Beurteilung, selbst wenn diese nicht zu überzeugen vermag (vgl. E. 3.4 hiervor), nicht zu ersetzen. Ebenso wenig lässt sich die Leistungsverweigerung mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung begründen, räumen doch die Gutachter ein, dass die Depression die neuropsychologischen Probleme mitbeeinflusst und von einer gegenseitig negativen Interferenz auszugehen sei (AB 75.1 S. 51).

#### **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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit

verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Der Beschwerdeführer wird durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ vertreten. Deren Kostennote vom 27. November 2017 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'065.-- (16.26 Stunden à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 94.20 und 8 % Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 332.75, somit auf total Fr. 4'491.95, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. September 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und hiernach über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'491.95 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 27.11.2017 [Postaufgabe])
- 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.