

200 18 577 IV  
SCJ/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Oktober 2018**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Juli 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1955 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. November 2016 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 6). Diese stellte mit Vorbescheid vom 14. März 2017 (AB 23) die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 27) traf sie weitere medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten ein (AB 65.1-65.3), und erliess gestützt darauf einen im Ergebnis unveränderten Vorbescheid vom 6. Juni 2018 (AB 77). Hiermit zeigte sich der Versicherte wiederum nicht einverstanden (AB 79), worauf die IVB Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) nahm (AB 82) und mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 13. Juli 2018 (AB 85) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte.

### **B.**

Mit Eingabe vom 20. August 2018 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben und beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm seien, basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 %, Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 14. September 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf eine einlässliche Beschwerdeantwort verzichtet und auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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. Juli 2018 (AB 85), mit welcher ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin verneint wurde. Das Rechtsbegehren bezieht sich nicht auf spezifische Ansprüche und der geforderte Invaliditätsgrad stellt im Rahmen der leistungsspezifischen Invalidität ein blosses Begründungselement dar. Zwar stehen berufliche Massnahmen mit Blick auf das fortgeschrittene Alter bzw. die verbleibende Aktivitätsdauer des Beschwerdeführers wohl nicht im Vordergrund und scheint der geltend gemachte Invaliditätsgrad eher auf eine Rente abzielen. Aufgrund des offen formulierten Rechtsbegehrens ist jedoch der generelle Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung streitig und zu prüfen.

**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** 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). Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V

281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden

Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 S. 298) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

### 3.

**3.1** Die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2018 (AB 85) basiert in medizinischer Hinsicht grundsätzlich auf dem polydisziplinären (allgemeininternistischen, orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ GmbH (MEDAS) vom 29. November 2017 (AB 65.1-65.3) sowie der RAD-Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (AB 76).

**3.1.1** In der MEDAS-Expertise wurden die folgenden Diagnosen vermerkt (AB 65.1/18 Ziff. III):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10: F32.0)
2. Adipositas mit BMI (Body-Mass-Index) von 39kg/m<sup>2</sup> (ICD-10: E66.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Diabetes mellitus Typ 2, insulinbehandelt (ICD-10: E11)
2. Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10)
3. Schlafapnoe-Syndrom (CPAP-Behandlung [Continuous Positive Airway Pressure])
4. Dyslipidämie (ICD-10: E78.5)
5. Nebennieren-Inzidentalom (ohne aktuelle klinische Bedeutung)
6. Status nach lumbovertebralem Schmerzsyndrom im Jahr 2016, behandelt mit lokalen Infiltrationen (ICD-10: M54)
7. Erhöhte Leberwerte bei Status nach Cholezystektomie im Jahr 2012
8. Status nach Malleolarfraktur und Osteosynthese im Jahr 2005

Die Sachverständigen attestierten für die angestammte Tätigkeit ab dem Begutachtungszeitpunkt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Leistungsminderung von höchstens 10 %. Für die Zeit davor habe entsprechend den Attesten der behandelnden Ärzte seit Juni 2016 eine 20%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit erscheine innerhalb von drei Monaten – je nach Verlauf und Zustandsbild – denkbar, so dass mittelfristig vom Wiedererlangen einer vollumfänglichen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Im interdisziplinären Konsens seien integrierende Massnahmen deutlich zu empfehlen. Diese könnten es dem Exploranden ermöglichen, in befristeter Zeit (maximal sechs Monate) in einer geeigneten Tätigkeit unter «beschützten» Bedingungen wieder Fuss zu fassen und so Dekompensationen bestmöglich zu vermeiden (AB 65.1/20 f. Ziff. IV Ziff. 1).

**3.1.2** Nach den stattgehabten MEDAS-Untersuchungen war der Beschwerdeführer vom 28. September bis 5. Dezember 2017 (erneut [AB 20/2-8]) in der Klinik D. \_\_\_\_\_ hospitalisiert (AB 70/2-5) und wurde danach vom 13. Dezember 2017 bis 11. Mai 2018 in der Rehabilitations-Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ in ... teilstationär weiterbehandelt (AB 72/1-3, 75). Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte in Kenntnis der entsprechenden Verlaufsberichte in der RAD-Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (AB 76) zum Schluss, dass weder eine leistungsrelevante affektive Störung vorliege noch die Diagnosekriterien einer leichtgradigen depressiven Episode erfüllt seien. Spätestens ab dem Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung seien dem Beschwerdeführer die angestammte Beschäftigung sowie andere leidensadaptierte Tätigkeiten (leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten, unter Vermeidung von Heben und Tragen von schweren Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, in Früh- und Spätschicht, ohne regelmässige Nachtschicht, mit den betriebsüblichen Pausen) wieder vollschichtig ohne Leistungseinschränkung zumutbar.

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352)

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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).

**3.3** Was die Beurteilung der somatischen Diagnosen sowie der diesbezüglichen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, erfüllt das polydisziplinäre Administrativgutachten vom 29. November 2017 (AB 65.1-65.3) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt insoweit prinzipiell vollen Beweis. Die MEDAS-Gutachter stützten ihre Einschätzungen auf die wesentlichen Vorakten und die Erkenntnisse aus den klinischen Explorationen sowie den labortechnischen Zusatzabklärungen (AB 65.3/22 Ziff. 4.9, 65.4). Den Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_, beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, lag zwar die bildgebende Diagnostik der Brust- und Lendenwirbelsäule vom August 2016 nicht vor (AB 65.2/2), es ist indes zu Recht unbestritten, dass das diagnostizierte lumbovertebrale Schmerzsyndrom keine Auswirkung mehr auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zeitigt. Der Beschwerdeführer hat nach eigenen Schilderungen keinerlei Beschwerden am Halte- oder Bewegungsapparat (AB 65.2/2; vgl. auch AB 65.1/9 Ziff. 3, 65.1/12 Ziff. 3, 65.1/14 Ziff. 5), was mit der Angabe des behandelnden Orthopäden übereinstimmt, der nach der zuletzt durchgeführten Fazettengelenksinfiltration vom Februar 2017 im Sprechstundenbericht vom 10. April 2017 (AB 65.6/8) einen beschwerdefreien Patienten beschrieb. Ebenfalls unbestritten und nachvollziehbar ist, dass die weiteren somatischen Diagnosen gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken. Wenngleich die Adipositas (ICD-10: E66.0) den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet wurde (AB 65.1/18 Ziff. III), vermag sie klarerweise keine Invalidität zu begründen. Das Gewicht des Beschwerdeführers ist nicht akut, sondern in den letzten Jahrzehnten sukzessive angestiegen (AB 65.1/11 Ziff. 3), wobei das seit Jahren bestehende metabolische Syndrom keinen unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatte und auch weiterhin nicht hat (AB 65.1/14 Ziff. 5). Die massive Adipositas (vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. August 2008, 8C\_74/2008) wirkt sich hier lediglich auf die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit (insbesondere die Ausdauer-Leistungsfähigkeit) aus (AB 64.1/15 Ziff. 6

Ziff. I Ziff. 2), was weder die angestammte Tätigkeit noch die umschriebenen Verweisungstätigkeiten beschlägt.

**3.4** Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes stimmt die Beurteilung des Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wonach eine gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0; AB 65.1/18 Ziff. III, 65.3/26 Ziff. 6.3) vorliege, mit dem von der Trägerin der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten des Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. August 2017 (AB 48.2 [=AB 65.5]) überein (AB 48.2/14 Ziff. 4.1). Eine Diskrepanz besteht hingegen insoweit bereits in diagnostischer Hinsicht zwischen den Dres. med. J.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_, als die Letztere die Diagnosekriterien für eine leichtgradige depressive Episode als nicht erfüllt erachtete (AB 76/9). Hinzu kommt, dass die behandelnden Ärzte bezüglich des Verlaufs nach der MEDAS-Begutachtung vorübergehend eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) bzw. eine mindestens mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik (ICD-10: F32.1) diagnostizierten (AB 54/2, 56/2 Ziff. 1.1, 70/2, 72/2). Dr. med. K.\_\_\_\_\_ erachtete die akute und drastische Verschlechterung, die zur erneuten Einweisung in die Klinik D.\_\_\_\_\_ führte, in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2018 (AB 73.2) als sehr ungewöhnlich und erstaunlich (AB 73.2/2), er räumte gleichzeitig aber ein, dass er das Zustandsbild des Beschwerdeführers per Ende September 2017 retrospektiv nicht beurteilen könne (AB 73.2/2). Seitens der Psychiatrischen Dienste E.\_\_\_\_\_ wurde erklärt, die im MEDAS-Gutachten prognostizierte schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit habe nicht umgesetzt werden können, die Leistungsfähigkeit könne aber nicht abschliessend beurteilt werden (AB 75/3; vgl. auch BB 3). Wie aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 5 hiernach), kann indes letztlich offen bleiben, ob und – wenn ja – mit welcher Ausprägung depressive Episoden vorlagen bzw. welche Auswirkungen sie auf die Arbeitsfähigkeit zeitigten; weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen (Beschwerde S. 10 Ziff. III Ziff. 8) erübrigen sich (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

#### 4.

**4.1** Das vom Beschwerdeführer und auch seitens der behandelnden Ärzte erwähnte «Burnout» (AB 20/5, 48.2/12 Ziff. 3.1; Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 2) figuriert zwar in der ICD-10-Kodierung unter Z73.0, stellt rechtsprechungsgemäss aber keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden dar (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1; vgl. auch UELI KIESER, Burnout – eine versicherungsrechtliche Einordnung, in: JaSo 2015, S. 119 ff.). Zudem wurde eine entsprechende Diagnose denn auch weder in der Expertise von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2017 (AB 48.2) noch im MEDAS-Gutachten vom 29. November 2017 (AB 65.1-65.3) gestellt.

**4.2** Sodann kann einer leicht- bis mittelgradigen Depression gemäss neuester Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418, 143 V 409) ein Krankheitswert zwar nicht mehr ohne weiteres abgesprochen werden, die Beschwerdegegnerin wies in der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2018 (AB 85) jedoch zu Recht auf die Bedeutung von psychosozialen Faktoren hin. Psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, berechtigen nicht zu einer Invalidenrente. Wohl 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). Es ist unbestritten und aktenmässig ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer – trotz vorbestehenden Belastungsfaktoren (Drogen- und Alkoholabusus sowie strafrechtliche Verurteilung des Sohnes, Heimplatzierung der betagten Mutter, Betreuung der Enkeltochter [AB 48.2/5 f. Ziff. 1 f., 48.2/15 Ziff. 2, 54/2, 65.3/12 Ziff. 3.2]) – bis zur unerwarteten arbeitgeberseitigen Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses vom Juni 2016 (AB 17/1 Ziff. 2.1, 20/2, 65.3/12 Ziff. 3.2; Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 5/1 Ziff. 10) weder aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung jemals arbeitsunfähig war noch in einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung stand

(AB 48.2/6 Ziff. 2, 65.3/12 f. Ziff. 3.2, 65.3/15 Ziff. 3.6). Angesichts dieser überragenden Bedeutung des gesundheitsfremden Faktors (in Form der unerwarteten Kündigung) für den Beginn der psychischen Beeinträchtigung ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin von einem reaktiven Geschehen ausging und unter Hinweis auf die erwähnte Rechtsprechung einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden verneinte (AB 85/1). Ob dieser Schluss im vorliegenden Fall jedoch tatsächlich zulässig ist, braucht mit Blick auf das Ergebnis der Indikatorenprüfung (vgl. E. 5 hiernach) nicht abschliessend beurteilt zu werden.

## 5.

**5.1** Nach Ansicht der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ halten die von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bzw. den behandelnden Ärzten diagnostizierten affektiven Störungen, seien sie nun (wenn überhaupt) unter eine leicht- oder eine mittelgradige depressive Episode zu subsumieren, die klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.1 hiervor; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.) nicht ein (AB 76/9). Wie es sich damit verhält, ist nicht entscheidend, denn selbst unter der Prämisse, dass die entsprechenden Diagnosen ausgewiesen wären, würde sich im Ergebnis nichts ändern (vgl. E. 5.4 hiernach). Sodann ortete Dr. med. K. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 11. August 2017 (AB 48.2) zwar gewisse Hinweise auf Aggravation, Dramatisierung oder ein deutlich vorgebrachtes Leistungsbegehren (AB 48.2/24 Ziff. 4). Eine Dramatisierung als bloss verdeutlichendes Verhalten genügt indes nicht als Ausschlussgrund nach BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.2 hiervor) und inwiefern konkrete Anhaltspunkte für eine eigentliche Aggravation vorlagen, erläuterte der Experte nicht. Immerhin kontrastieren die diesbezüglichen Bemerkungen des Dr. med. K. \_\_\_\_\_ mit den Schlussfolgerungen der MEDAS-Sachverständigen, die im interdisziplinären Konsens keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation fanden (AB 65.1/16 Ziff. 6 Ziff. I Ziff. 4). Aus der Prüfung der ersten Ebene resultieren somit keine eindeutigen Ergebnisse, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die

ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

**5.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

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

**5.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die Schwere der Gesundheitsschädigung kann sich deshalb nicht allein aus der Diagnosestellung ergeben (Beschwerde S. 13 Ziff. IV Ziff. 11).

Der diagnoseinhärente Schweregrad war mit Blick auf die Ergebnisse der psychometrischen Abklärungen durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bloss gering ausgebildet (AB 65.1/15 Ziff. 6 Ziff. I Ziff. 1). Die nach der Begutachtung allenfalls kurzzeitig aufgetretene Exazerbation der Beschwerdesymptomatik remittierte während der Hospitalisation in der Klinik D. \_\_\_\_\_ (AB 70/2-5) rasch. So konnte die bei Klinikeintritt anhand des Beck-Depressions-Inventars (BDI) gemessene mittlere depressive Symptomatik auf eine leichte Ausprägung bei Austritt reduziert werden (AB 70/4). Dass insgesamt im Verlauf bloss leichtgradige Befunde und Symptome dominierten, lässt sich auch aus den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) schliessen: Der Beschwerdeführer ist in der Lage, zwischen 7.00 und 8.00 Uhr aufzustehen, am Computer administrative Arbeiten zu erledigen, das Mittag- und Abendessen zusammen mit seiner Ehefrau zuzubereiten, regelmässig bei den Haushaltarbeiten sowie bei Einkäufen mitzuhelfen und häufig im Garten zu arbeiten (AB 48.2/8 Ziff. 2, 65.1/9 Ziff. 3). Er arbeitet zudem mit einem Beschäftigungsgrad von zirka 20 % unentgeltlich in einem ... (AB 65.3/11 Ziff. 3.2), wobei er ... erledigt oder ... durchführt (AB 48.2/5 Ziff. 1, 48.2/10 Ziff. 2, 65.3/14 Ziff. 3.3). Dies deutet auf in weiten Teilen erhaltene Alltagsfunktionen hin; eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome fällt vor diesem

Hintergrund ausser Betracht (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C\_367/2015, E. 3.3.2).

**5.2.1.2** Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Der Beschwerdeführer wurde nach der erfolgten Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit konsekutiver psychischer Dekompensation zunächst vom Hausarzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Klinik D. \_\_\_\_\_ zugewiesen. Dort wurde er vom 24. Oktober 2016 bis 9. Januar 2017 stationär behandelt und danach im Ambulatorium (mit einer Therapiefrequenz von einer wöchentlichen psychotherapeutischen Sitzung bzw. einem monatlichen psychiatrischen Termin) weiter betreut (AB 20/2-8, 27/7 f., 29/2, 48.2/8 Ziff. 2, 48.2/10 Ziff. 2, 65.1/10 Ziff. 3). Gemäss gutachterlicher Einschätzung wurde die Behandlung (samt Pharmakotherapie) lege artis durchgeführt und waren weitere Therapieoptionen nicht erforderlich (AB 48.2/27 Ziff. IV Ziff. 1 und 3, 65.1/19 Ziff. 18 f. Ziff. IV Ziff. 1). Nach der zweiten Hospitalisation in der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 28. September bis 5. Dezember 2017 (AB 70/2-5) erfolgte bis zum 11. Mai 2018 eine Weiterbehandlung in der Rehabilitations-Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ in ... (AB 72/1-3, 75). Die beiden stationären Aufenthalte hatten jeweils ein positives Outcome und keine der involvierten Fachpersonen postulierte bisher eine Behandlungsresistenz.

**5.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen wurden von den Gutachtern explizit ausgeschlossen (AB 65.1/18 Ziff. III), zumal die Adipositas sowie die weiteren somatischen Beschwerden ohnehin nicht zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. E. 3.3 hiavor).

**5.2.2** Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Zwar erklärten die MEDAS-Gutachter, dass das Leistungsstreben und der hohe Anspruch an sich selbst als Persönlichkeitsmerkmale dem Exploranden im Genesungsprozess «in die Quere» kämen. Eine spezifische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60/61) wurde jedoch ebenso ausgeschlossen wie eine anhaltende Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62; AB 65.1/16 Ziff. 6 Ziff. I Ziff. 7; vgl. auch AB 48.2/17 f. Ziff. 2, 65.3/16 f. Ziff. IV Ziff. 4.2).

**5.2.3** Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin erhebliche Ressourcen bereit. Gemäss eigenen Angaben hatte der Beschwerdeführer nach der Auflösung des Arbeitsverhältnisses zunächst den Kontakt zu allen Freunden und Kollegen aus dem beruflichen Umfeld strikt gemieden (AB 48.2/9 Ziff. 2; vgl. auch AB 54/3 Ziff. 1.5). Seit Mai 2017 seien jedoch wieder vermehrt Freunde und Bekannte eingeladen und kontaktiert worden; der Freundeskreis sei intakt (AB 65.1/9 Ziff. 3). Auch die Tochter bringe häufig Bekannte mit nach Hause und sie würden dann alle zusammen grillen (AB 48.2/9 Ziff. 2). Er lebe mit seiner Ehefrau «cool» zusammen (AB 65.3 Ziff. 3.1).

**5.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**5.3.1** Es besteht keine *Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Der Beschwerdeführer ist im Stande, aus Spass unentgeltlich in einem kleinen ... im Umfang eines Pensums von 20 % zu arbeiten (AB 48.2/5 Ziff. 1, 48.2/10 Ziff. 2, 65.3/11 Ziff. 3.2, 65.3/14 Ziff. 3.3). Er erledigt ... Arbeiten und hilft regelmässig bei den Haushaltarbeiten sowie bei Einkäufen seiner Ehefrau mit (AB 48.2/8 Ziff. 2, 65.1/9 Ziff. 3). Er hat Freude an der Gartenarbeit (AB 48.2/8 Ziff. 2). Das Eigenheim sei ein «Paradies», sie hätten ein grosses Grundstück und bauten viel Obst sowie Gemüse an; im Sommer seien sie fast Selbstversorger, nur die Hühner fehlten. Vor allem das Un-



kraut-jäten sei – wie das Essen – eines seiner Hobbies. Zudem verreise er gerne mit seiner Ehefrau im Camping-Mobil (AB 65.3/11 Ziff. 3.1).

**5.3.2** Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht zwar grundsätzlich für einen gewissen Leidensdruck, zumal sich der Beschwerdeführer zweimal in der Klinik D.\_\_\_\_\_ hospitalisieren liess (AB 20/2-8, 70/2-5). Weder die Aussagen der behandelnden Therapeuten noch das Verhalten des Beschwerdeführers weisen jedoch auf einen grossen Leidensdruck hin. Nach der ersten stationären Behandlung, die er als «Wohlfühloase» beschrieb (AB 65.3/15 Ziff. 3.6), verspürte der Beschwerdeführer wieder Freude, Lust und Antrieb, um gewisse Dinge zu erledigen (AB 48.2/8 Ziff. 2). Sodann gab er im Rahmen der MEDAS-Begutachtung unter anderem an, dass es ihm eigentlich gut gehe. Seine Stimmung sei immer auf einer Höhe, sie sei «weder gut noch schlecht», es fehle ihm an Struktur und Aufgabe (AB 65.3/13). Die zweite Hospitalisation erfolgte wegen einer vorübergehenden Zunahme der depressiven Symptomatik mit grosser Müdigkeit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen, reduziertem Appetit, reduzierter Freudfähigkeit und Konzentrationsstörungen (AB 56/3 Ziff. 1.4), wobei sich der Zustand des Beschwerdeführers während der stationären Behandlung rasch wieder verbesserte (AB 70/4).

**5.4** In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten psychischen Störung. Die Komplexe Gesundheitsschädigung, Persönlichkeit und Sozialer Kontext zeigen keine erheblichen negativen Beeinflussungen. Aus der Konsistenzprüfung ergeben sich zwar Anhaltspunkte für einen gewissen Leidensdruck, gleichzeitig überwiegt jedoch das hohe Aktivitätsniveau in der Freizeitgestaltung mit körperlicher Arbeit und der Pflege von sozialen Kontakten, was auf (mobilisierbare) Ressourcen hindeutet. Vor diesem Hintergrund ist in den ärztlicherseits teilweise postulierten affektiven Störungen aus rechtlicher Optik kein invalidisierender Gesundheitsschaden zu erblicken, zumal grundsätzlich ohnehin nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein können (Entscheid des BGer vom 30. August 2018, 9C\_303/2018, E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418). Folglich ist im



Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. Juli 2018 (AB 85) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte; die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

**6.1** 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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