

200 18 96 IV  
FUE/PRN/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. August 2018**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Prunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Dezember 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1983 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete seit Dezember 2007 für die C.\_\_\_\_\_ AG, zuletzt als ... in einem 100%-Pensum (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilagen [AB] 16). Nach einer Früherfassung durch die Arbeitgeberin im Oktober 2014 (AB 1) meldete er sich im November 2014 unter Hinweis auf einen Autounfall vom 10. Juni (recte: September) 2014 und eine Lungenembolie vom 20. Oktober 2014 bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 6). In der Folge holte die IVB unter anderem die Akten der D.\_\_\_\_\_ ein und gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Ausbildungskursen (...- und ...kurs; AB 30, 37, 39). Per 30. September 2016 wurde dem Versicherten seine Anstellung bei der C.\_\_\_\_\_ AG gekündigt (AB 67.36, S. 2). Weiter veranlasste die IVB eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA; AB 51; Bericht vom 9. November 2016, AB 61) sowie eine externe Abklärung mit Jobcoaching bei der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ (AB 62; Bericht vom 20. Februar 2017, AB 73). Ab dem 1. März 2017 arbeitete der Versicherte in einem 50%-Pensum als ... im ... der F.\_\_\_\_\_ (AB 112). Mit Verfügung vom 21. März 2017 schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab (AB 77) und holte in der Folge ein orthopädisch-psychiatrisch-internistisches Gutachten der G.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 18. August 2017 ein (AB 113.1; vgl. auch psychiatrisches und internistisches Teilgutachten vom 6. bzw. 24. Juli 2017; AB 106.2 und 106.3). Gestützt darauf und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte sie mit Verfügung vom 20. Dezember 2017 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (AB 115, 131 f.).

### **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 1. Februar 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung der IVB vom

20. Dezember 2017 sowie die Zusprache mindestens einer halben Rente. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass der gutachterlich ausgewiesene psychische Gesundheitsschaden für die Beurteilung der Frage der Erwerbsunfähigkeit massgebend und unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung betreffend die Beurteilung psychischer Störungen vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409 und 143 V 418) zu berücksichtigen sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2018 beantragte die IVB 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** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 20. Dezember 2017 (AB 132). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** 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). 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 könn-

te; 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).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier-ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). 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 (zu- mindest) 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).

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 Aggrava- tion 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 ge- nommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständi- gen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag be- hauptet 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 Beur- teilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und

die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, 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).

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 „funktionaler 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** 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.

**2.4** 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).

### **3.**

**3.1** Die Experten diagnostizierten im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 18. August 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende leichte bis mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa Oktober 2014 (ICD-10: F33.0, F33.1), und einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; AB 113.1, S. 46). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein diskretes Impingement mit leichter Bursitis subacromialis, ein Lumbovertebralsyndrom bei fortgeschrittenen Facettengelenksarthrosen L3 bis S1 und Diskusprotrusion L3-5 ohne neurale Kompression, eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), ein Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), eine Präadipositas, ein Status nach parazentraler Lungenembolie rechts mit Lungeninfarkt 2014, ein Status nach Nikotinabusus, ein obstruktives Schlafapnoe Syndrom, eine gastroösophageale Refluxkrankheit, eine Rhinoconjunctivitis allergica, multiple dolente Angiolipome und eine Stammvarikosis der Vena saphena magna links diagnostiziert (AB 113.1,

S. 46 f.). Aus polydisziplinärer Sicht könne von September 2014 bis etwa September 2015 aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung und der leichten bis mittelgradigen depressiven Störung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40% (Arbeitsunfähigkeit 60%) bei voller Stundenpräsenz in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter in einem ... angenommen werden. Mit Besserung der psychischen Beschwerde betrage die Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2015 bei voller Stundenpräsenz 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%). Angepasste Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung seien von September 2014 bis September 2015 zu 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%, bei voller Stundenpräsenz) und seit Oktober 2015 zu 70% (Arbeitsunfähigkeit 30%) zumutbar, wobei es sich seit dem Zeitpunkt der Begutachtung zusätzlich um körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne regelmässige Arbeiten über der Horizontalen oder Bewegungen der linken Schulter handeln sollte (AB 113.1, S. 47 f.).

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

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 Situa-

tion 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).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2017 (AB 132) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 18. August 2017 gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

**3.4** In somatischer Hinsicht stellten sowohl der internistische als auch der orthopädische MEDAS-Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 113.1, S. 9, 40). Der orthopädische Gutachter führte schlüssig aus, dass aufgrund des diskreten Impingements mit leichter Bursitis subacromialis sowie des Lumbovertebralsyndroms bei fortgeschrittenen Facettengelenksarthrosen und Diskusprotrusion ohne neurale Kompression körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten in kalter und feuchter Umgebung, vorwiegend sitzend oder stehend, mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen, regelmässigen Arbeiten über der Horizontalen und repetitiven Bewegungen der linken Schulter nicht mehr zumutbar sind (AB 113.1, S. 10). Die angestammte, körperlich leicht bis maximal mittelschwere, vorwiegend stehende Tätigkeit mit der Möglichkeit abzusitzen als ... in einem ... erachtete der Experte als vollschichtig zumutbar (AB 113.1, S. 11). Eine (langandauernde) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde von den somatischen Gutachtern auch

retrospektiv vereint (AB 113.1, S. 11, 41). Die bisherige Tätigkeit entspreche bereits einer adaptierten Tätigkeit (AB 113.1, S. 12).

Es bleibt an dieser Stelle zu präzisieren, dass die Tätigkeit als ... bei der C.\_\_\_\_\_ AG als ursprünglich angestammte Tätigkeit zu betrachten ist und nicht die aktuelle Arbeit im ..., welche der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Massnahmen (Jobcoaching) aufnahm. Dieser Umstand vermag die Einschätzung der Experten der MEDAS jedoch nicht zu tangieren, ist doch mit Blick auf die entsprechende Beschreibung im Fragebogen für Arbeitgebende vom 2. Dezember 2014 festzustellen, dass die Tätigkeit als ... mit dem somatischen Zumutbarkeitsprofil gemäss Gutachten vereinbar ist. Insbesondere handelte es sich dabei ebenfalls um eine leichte Tätigkeit (im ...), welche zu etwa gleich hohen Anteilen im Stehen, Sitzen und Gehen ausgeübt wird (AB 16, S. 6).

### 3.5

**3.5.1** Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte der Experte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0, F33.1), bestehend seit etwa Oktober 2014, und einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und einen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4; AB 106.3, S. 18; 113.1, S. 27 f.). Der psychiatrische Gutachter führte nachvollziehbar und einleuchtend aus, dass beim Beschwerdeführer nach den anamnestischen Angaben über Jahre eine (berufliche) Überforderung vor allem mit psychovegetativen und psychosomatischen Beschwerden im Sinne einer Somatisierungsstörung erhoben werden könne. Seit dem Verkehrsunfall vom 10. September 2014 mit multiplen körperlichen Beschwerden und einer Lungenembolie mit Lungeninfarkt und Pleuritis im Oktober 2014 stellte der Experte eine zunehmende Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit anhaltender leichter bis mittelgradiger depressiver Episode fest, wobei seit dem Unfall über ein Jahr lang auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorgelegen hätten. In diagnostischer Hinsicht steht die gutachterliche Beurteilung im Wesentlichen im Einklang mit jener der behandelnden Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und

Psychotherapie, welche im Bericht vom 9. Oktober 2016 ebenfalls eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostizierte (AB 57, S. 2). Die vom Experten gestellten Diagnosen werden vom Beschwerdeführer denn auch ausdrücklich anerkannt (Beschwerde, S. 4 Ziff. 5).

**3.5.2** Der psychiatrische Gutachter ging aufgrund der anhaltenden leichten bis mittelgradigen depressiven Episode sowie des Status nach posttraumatischer Belastungsstörung in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 40% vom 10. September 2014 bis September 2015 bzw. von 60% ab Oktober 2015 aus. Die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit seien gemäss dem Experten durch die depressive Episode weiterhin beeinträchtigt. Nach dem Unfallgeschehen im September 2014 seien diese Funktionsdefizite durch die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung vorübergehend stärker ausgeprägt gewesen (AB 113.1, S. 35). In einer angepassten Tätigkeit ohne erhöhte Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 50% vom 10. September 2014 bis im September 2015 bzw. von 70% ab Oktober 2015 (AB 106.1, S. 47; 113.1, S. 36).

Die Beschwerdegegnerin ist den gutachterlich attestierten, aus der depressiven Episode abgeleiteten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt (AB 132), was beschwerdeweise beanstandet wird (Beschwerde, S. 4 Ziff. 5). Was die Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung für die Arbeitsfähigkeit anbelangt, kommt dem Arzt keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196). Es ist daher – unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung betreffend die Beurteilung psychischer Störungen vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409 und 143 V 418) – zu prüfen, ob anhand der Indikatoren (BGE 141 V 281) der (indirekte) Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erbracht werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; vgl. auch E. 2.2.2 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die erwähnte neue bundesgerichtlichen Rechtsprechung – entgegen

der Auffassung des Beschwerdeführers – bereits von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beurteilung berücksichtigt worden ist (AB 132, S. 5).

**3.5.3** Vorab ist festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Insbesondere fand der psychiatrische Gutachter keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation. Die berichteten und geklagten Beschwerden sind weitgehend konsistent und es liessen sich keine wesentlichen Diskrepanzen oder Widersprüche erheben (AB 106, S. 46; 113.1, S. 34).

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht schwer ist: Der Beschwerdeführer gibt zum Tagesablauf an, er stehe um 08.00 Uhr auf, bringe die Tochter zur Schule und gehe dann mit dem Sohn ca. eine halbe bis ganze Stunde spazieren. Dann komme er nach Hause und bereite dem Sohn etwas zum Essen zu oder gebe ihm etwas zum Zeichnen oder sehe fern. Er würde immer wieder liegen, aufstehen und versuchen etwas zu machen. Er beschäftige sich mit dem Computer oder schaue fern. Morgens habe er häufig Physiotherapie- oder Arzttermine. Mittags hole er die Tochter von der Schule. Er esse wenig zu Mittag und arbeite anschliessend von 13.00 Uhr bis etwa 18.00 Uhr. Dann komme er nach Hause, dusche und versuche zu essen. Er habe öfters abdominelle Schmerzen. Er versuche am Hometrainer ca. 30 Minuten Sport zu machen und dusche danach. Dann sei er mit den Kindern zusammen, schaue anschliessend fern und gehe zwischen 22.30 Uhr und 23.00 Uhr zu Bett. Als Hobby gab er an, einmal pro Monat ... zu spielen. Vor dem Unfall im September 2014 habe er ... und ... gespielt, sei in den Ausgang und spazieren gegangen. Für die Untersuchung sei er mit dem Auto selbst gefahren. Er besitze den Führerschein (AB 106.3, S. 14; 113.1, S. 23 f.).

Betreffend Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer seit Dezember 2014 regelmässig in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_ begibt, was zu

einer Besserung der posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb eines Jahres geführt hat (AB 106.3, S. 27; 113.1, S. 35). Diese Behandlung wurde kombiniert mit einer antidepressiven Medikation, welche laut dem Gutachter aufgrund der Schlafstörungen und der ausgeprägten motorischen Unruhe durchaus modifiziert und intensiviert werden könnte. Im Rahmen der Untersuchung stellte der Gutachter fest, dass die verordnete Medikation nicht eingenommen wird. Derzeit bestehe keine ausreichende Kooperation und Compliance, wobei eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz verneint wurde. Unter Fortsetzung der therapeutischen Massnahmen und unter regelmässiger Medikamenteneinnahme erwartete der Gutachter eine Besserung der depressiven Störung in Abhängigkeit von psychosozialen Problemen (AB 106.3, S. 24; 113.1, S. 32 f.). Neben der günstigen Prognose – unter Fortsetzung einer regelmässigen therapeutischen und medikamentösen Behandlung sei innerhalb eines Jahres eine Besserung der depressiven Störung mit Leistungssteigerung und etwa 80%-iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erwarten (AB 113.1, S. 37) – ist zu berücksichtigen, dass auch die berufliche Eingliederung erfolgreich verlaufen ist. So konnte der Beschwerdeführer nach dem von der IVB gewährten Coaching in der F. \_\_\_\_\_ in ... im selben Betrieb eine Festanstellung als ... im ... antreten, wo er seither in einem 50%-Pensum arbeitet (AB 106.3, S. 28; 113.1, S. 33). Im Rahmen der Untersuchung durch die MEDAS gab der Beschwerdeführer gar an, das Arbeitspensum nach den ersten drei Wochen auf 70% gesteigert zu haben (AB 106.3, S. 13; 113.1, S. 22). Eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist somit nicht gegeben.

Ferner liegt keine somatische Komorbidität vor, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würde (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Eine psychische Komorbidität liegt im hier massgebenden Zeitpunkt ebenfalls nicht (mehr) vor. Laut dem psychiatrischen Gutachter habe zwar infolge des Unfalles im September 2014 – neben der depressiven Störung – während etwa einem Jahr eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden (AB 106.3, S. 22 f.). Diese vorübergehende psychische Komorbidität ist für einen allfälligen Rentenanspruch jedoch unerheblich. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der attestierten Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 40% ohne wesentlichen Unterbruch)

seit dem 10. September 2014 (vgl. AB 9; Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) sowie der Anmeldung zum Leistungsbezug im November 2014 (AB 1; Art. 29 Abs. 1 IVG) auf September 2015 festzusetzen. Zu diesem Zeitpunkt – ein Jahr nach dem Unfall – war die posttraumatische Belastungsstörung gemäss Gutachten jedoch abgeklungen (vgl. AB 106.3, S. 22 f.; 113.1, S. 31 f.). Nach dem Abklingen der posttraumatischen Belastungsstörung bestand laut dem psychiatrischen Experten keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer mehr (AB 106.3, S. 23).

Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, konnte der psychiatrische Experte keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung feststellen (AB 106.3, S. 22; 113.1, S. 31). Ebenso wenig stellte er akzentuierte Persönlichkeitszüge fest, die im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist gemäss dem Experten – nebst den psychosozialen Belastungen (soziale Situation mit fehlenden Zukunftsperspektiven, Existenzängste, Angst vor neuer Lungenembolie, AB 106.3, S. 21, 29; 113.1, S. 30, 38), die sich ungünstig auf die depressive Störung auswirken – auf erhebliche Kompensationspotentiale hin. Namentlich besteht eine intakte Ehe (ohne wesentliche Partnerprobleme) bzw. Familie (keine familiären Probleme; AB 106.3, S. 19, 23; 113.1, S. 28, 32) und auch die vorhandene Tagesstruktur ist als positive Ressource zu werten. Ferner liegt – selbst wenn ein gewisser Rückgang der Hobbies geschildert wird – kein ausgeprägter sozialer Rückzug vor, geht der Beschwerdeführer doch einmal im Monat ... spielen. Dieser wirke gut kommunikations- und kontaktfähig und zeige gewisse Motivation und Interessen (AB 106.3, S. 14, 23 f.; 113.1, S. 23 f., 33).

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass nach Einschätzung des psychiatrischen Experten keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliegt. Während der Beschwerdeführer gute soziale Kontakte pflege und einen strukturierten Tagesablauf mit verschiedenen Aktivitäten habe (AB 106.3, S. 14; 113.1, S. 23 f.), gehe er einer beruflichen Tätigkeit von lediglich 50% nach (AB 106.3, S. 14, 24; 112; 113.1, S. 33). Auch ein ausgewiesener Leidensdruck ist zu verneinen, wur-

den die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgeschöpft. Insbesondere nimmt der Beschwerdeführer die verordnete Medikation laut den Blutspiegelwerten nicht ein (AB 106.3, S. 23 f.; 113.1, S. 32 f.).

Gestützt auf die massgebenden Indikatoren ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der festgestellte psychische Gesundheitsschaden eine erhebliche funktionelle Einschränkung bewirkt. Mithin kommt der diagnostizierten anhaltenden leichten bis mittelgradigen depressiven Episode auch bei Anwendung der neuen Rechtsprechung keine invalidisierende Wirkung zu.

**3.6** Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weder in der angestammten, noch in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt ist. Damit kann auch offen bleiben, ob der Beschwerdeführer zufolge der gesundheitsfremden Überforderung in angestammter Tätigkeit noch als ... arbeiten würde. Somit erübrigt sich die Durchführung einer Invaliditätsbemessung, weshalb auf die diesbezüglichen Vorbringen in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 9 ff.) nicht einzugehen ist.

Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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** Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.