

200 19 640 IV  
SCP/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. Mai 2020**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Juli 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., meldete sich im März 2004 unter Hinweis auf diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen (bei Status nach einer Lungenembolie im Herbst 2002) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II 1]). Nachdem die IVB diverse Abklärungen getätigt und insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung in der MEDAS C. \_\_\_\_\_ veranlasst hatte (Expertise vom 25. April 2006 [act. II 27]), verneinte sie mit Einspracheentscheid vom 23. November 2006 (act. II 38) mangels Vorliegens einer Invalidität einen Anspruch auf Leistungen der IV. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 3. April 2007 ab (VGE IV/67585/3/07 [act. II 46]).

### **B.**

Im Dezember 2016 meldete sich der zuletzt (bis September 2016) bei der D. \_\_\_\_\_ AG als ... bzw. in der ... angestellte Versicherte unter Hinweis auf eine Depression erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 48; 69; 70.4 S. 2). Nachdem die IVB Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, gewährte sie dem Versicherten ein Belastbarkeitstraining bei der Abklärungsstelle E. \_\_\_\_\_ (act. II 86). Nach dessen Abschluss schätzten die Eingliederungsfachpersonen die Aussicht auf eine Steigerung der Leistungsfähigkeit als „kaum vorhanden“ ein (act. II 109 S. 4), woraufhin die IVB die beruflichen Massnahmen mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 3. Oktober 2018 (act. II 130) abschloss und im Hinblick auf die Prüfung weiterer Leistungsansprüche bei der Medas F. \_\_\_\_\_ GmbH (nachfolgend Medas) eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasste (Expertise vom 21. November 2018 [act. II 133.1 ff.]). Im Rahmen des (ersten) Vorbescheidverfahrens liess der Versicherte sodann medizinische Berichte einreichen (act. II 142), woraufhin die IVB eine Stellungnahme der Medas

einholte (Berichte vom 27. März 2019 [act. II 146]). Mit neuerlichem Vorbescheid vom 24. Mai 2019 (act. II 147) stellte die IVB dem Versicherten mit der Begründung, es liege keine Invalidität im Rechtssinne vor, die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Daran hielt sie auf Einwand des Versicherten hin (act. II 148) mit Verfügung vom 18. Juli 2019 (act. II 150) fest.

### C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 27. August 2019 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

Die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2019 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer seit wann rechtens eine Invalidenrente auszurichten.

Eventualiter sei die Verfügung vom 18. Juli 2019 aufzuheben, und es sei über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers gegebenenfalls unter erneuter medizinischer Begutachtung neu zu befinden.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Entsprechend dem Ersuchen des Instruktionsrichters mittels dreier separater Schreiben vom 20. September 2019, liessen die im Zeitraum von Juni 2017 bis Juli 2019 mit der psychiatrischen/psychologischen Behandlung befassten Ärzte und die behandelnde Therapeutin (vgl. Schreiben des Beschwerdeführers vom 11. September 2019) die den Beschwerdeführer betreffenden Kranken- und Behandlungsgeschichten zukommen (Klinik G.\_\_\_\_\_ – med. pract. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie [act. III 1 - 352]; H.\_\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin [vgl. [www.../ results](#); act. IV 1 – 13]; med. pract. I.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie [act. V 1 – 101]).

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. Oktober 2019 stellte der Instruktionsrichter die Dokumentationen von med. pract. I.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ beiden Parteien, die Dokumentation der Klinik G.\_\_\_\_\_ (vorerst) der Beschwerdegegnerin zur Einsichtnahme zu. Zudem gewährte er der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit, sich im Rahmen der Be-

schwerdeantwort unter Einbezug der durch das Verwaltungsgericht edierten Akten zur Kritik des Beschwerdeführers am Medas-Gutachten vom 21. November 2018 (namentlich betreffend Diagnosen, iv-fremde Faktoren und Therapieoptionen) zu äussern.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. November 2019 stellte der Instruktionsrichter die Akten der Klinik G.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer zur Einsichtnahme zu und gewährte ihm die Gelegenheit zur Replik.

Mit Replik vom 9. Dezember 2019 und Duplik vom 14. Januar 2020 halten der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin an ihren in der Beschwerde vom 27. August 2019 bzw. in der Beschwerdeantwort vom 21. November 2019 gestellten Rechtsbegehren und vertretenen Standpunkten fest.

Mit Schreiben vom 19. Februar 2020 stellte der Instruktionsrichter dem psychiatrischen Teilgutachter der Medas, Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzfragen im Sinne von ergänzenden und erläuternden Ausführungen zum psychiatrischen Teilgutachten vom 23. August 2018 (act. II 133.5), welche der Gutachter am 10. März 2020 zu Händen des Verwaltungsgerichts beantwortete (nachfolgend Stellungnahme vom 10. März 2020 [in den Gerichtsakten]).

Mit Eingabe vom 2. April 2020 bzw. 22. April 2020 liessen sich der Beschwerdeführer respektive die Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 vernehmen. Die Parteien halten an ihren Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. Juli 2019 (act. II 150). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente (vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 1).

**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**

**2.1.1** 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.1.2** 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist jedoch 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).

**2.1.3** Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv

bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

## **2.2**

**2.2.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.2.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.2.3** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine

weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12).

**2.2.4** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**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 Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Dezember 2016 eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden der (gerichtlich bestätigte, vgl. VGE IV/67585/3/07 [act. II 46]) Einspracheentscheid vom 23. November 2006 (act. II 38) – mit welchem ein Anspruch auf eine Invalidenrente mangels Vorliegens einer Invalidität verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2019 (act. II 150; vgl. E. 2.2.4 vorne).

**3.2** Bei Erlass des Einspracheentscheids vom 23. November 2006 (act. II 38) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2006 (act. II 27). Darin wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Insbesondere wurde den psychischen Beeinträchtigungen (Anpassungsstörung mit

Krankheitsfehlverarbeitung, Alkoholabusus, gegenwärtig abstinente, anankastische Persönlichkeitszüge ohne Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung) keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zugeschrieben (S. 9) und in der Folge interdisziplinär (unter Berücksichtigung auch der somatischen Beeinträchtigungen) eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert (S. 10 f.).

**3.3** Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2019 (act. II 150; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Vom 25. Juli bis 6. Oktober 2016 war der Beschwerdeführer in der Klinik K. \_\_\_\_\_ hospitalisiert (act. II 66.2 S. 9). Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten Bericht vom 16. Dezember 2016 (act. II 66.2 S. 2 – 6) wurden eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei psychosozialer Belastungssituation (Verlust des Arbeitsplatzes und Trennung) sowie ein episodisch schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) diagnostiziert (S. 3). Im Sommer 2016 sei der Beschwerdeführer nach einer längeren depressiven Entwicklung infolge Trennung von seiner Partnerin und einer überraschenden Kündigung durch den Arbeitgeber in eine schwere Krise geraten. 2002 habe er eine Lungenembolie erlitten. Aus Sicht des behandelnden Arztes sei eine 50%ige IV-Berentung gerechtfertigt (S. 2). Ab 25. Juli 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

Vom 29. November 2016 bis 24. Februar 2017 hielt sich der Beschwerdeführer in der Tagesklinik der Klinik K. \_\_\_\_\_ auf (act. II 80 S. 8). Im Bericht vom 3. April 2017 (act. II 76) wurde zusätzlich die Diagnose „Akzentuierte Persönlichkeitszüge“ (ICD-10 Z73.1) aufgeführt (S. 2). Ab dem 12. März 2017 sei eine 50%ige Tätigkeit wieder zumutbar (S. 5). Das Tätigkeitsprofil sollte in einem „Belastungsversuch“ erarbeitet werden (S. 4).

**3.3.2** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 11. April 2017 (act. V 37 f.) fest, das EEG liefere keine Anhaltspunkte für eine Hypersomnie oder eine stattgehabte Hirnschädigung/Enzephalo-

pathie, könne so etwas aber nicht ausschliessen; auch das Hirn-MRI könne nicht formell ausschliessen, dass es im Rahmen der Lungenembolie zu einer hypoxischen Episode gekommen sei. Jedenfalls lieferten die Zusatzabklärungen dafür keinen Hinweis (38).

**3.3.3** In der zu Händen des Krankentaggeldversicherers verfassten, auch auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers basierenden „Plausibilisierungsabklärung“ vom 9. Februar 2018 (act. II 107 S. 2 ff.) hielt Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der (als sehr schwierig erachteten) Beurteilung fest, es liege (zumindest im Sinne eines dringenden Verdachts) eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) vor. Dazu bestehe seit Jahren eine affektive Störung mit depressiven Symptomen, offensichtlich in unterschiedlicher Ausprägung, aktuell eine mittelgradige depressive Episode, bei einer offenbar rezidivierenden (wenn auch nicht chronischen) depressiven Störung (ICD-10 F33.1). Ob diese Chronifizierung vor dem Hintergrund der über Monate geübten Zurückhaltung bei der medikamentösen Behandlung dieser Störung resultiere, sei schwierig zu beurteilen. Fest stehe, zumal wenn die Angaben der Abklärungsstelle E. \_\_\_\_\_ berücksichtigt würden, dass der Beschwerdeführer nicht über das erforderliche Ausmass der psychischen und kognitiven Funktionen und der Beziehungsfähigkeit verfüge, um irgendeiner Tätigkeit in der freien Wirtschaft nachzugehen (S. 12).

**3.3.4** Med. pract. I. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 26. April 2017 (richtig wohl: 2018 [act. II 112]) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen rezidivierende Depressionen, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit vorwiegend ängstlich-unsicher-vermeidender Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), schizoider Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) und perfektionistischen Elementen (ICD-10 F60.5) fest (S. 6). Die geklagten Beeinträchtigungen überstiegen bei Weitem die Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten, so dass eine allgemeine Leistungsunfähigkeit bestehe (S. 7).

**3.3.5** Im polydisziplinären Gutachten der Medas vom 21. November 2018 (act. II 133.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 133.1 S. 7):

#### **Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Unvollständig remittierte depressive Störung (ICD-10 F33.8), vormals zeitweise auf dem Niveau einer mittelgradigen, jetzt mit Restsymptomatik dysthymen und neurasthenischer Art
2. Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54)
3. Auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73)
4. Leichtgradiges zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M53.5, M54.5) mit radiologisch Spondylose thorakolumbalen Übergang, leichtgradige skoliose Fehlhaltung
5. Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits, linksbetont

#### **Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

6. Status nach operativer Embolektomie bei zentraler Lungenembolie 2002, orale Antikoagulation, Thrombophilie-Abklärung 2004 unauffällig
7. Diabetes mellitus Typ 2, behandelt
8. Arterielle Hypertonie, behandelt
9. Dyslipidämie, behandelt
10. Chronisch-venöse Insuffizienz beider Beine
11. Adipositas, BMI = 30kg/m<sup>2</sup>

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus somatischer Sicht liege ein leichtgradiges zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom vor, welches seit Jahren bestehe, aber nie zu längeren Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. Der Diabetes mellitus Typ 2, die arterielle Hypertonie und die Dyslipidämie würden lege artis behandelt und scheinbar gut eingestellt. Es bestehe zudem eine Adipositas und der Beschwerdeführer werde seit der Lungenembolie 2002 antikoaguliert. Eine Alkoholproblematik bzw. eine relevante Abhängigkeit oder ein relevanter Missbrauch lägen spätestens seit Antragstellung 2016 nicht mehr vor (S. 7). In psychischer Hinsicht ergäben sich in der Hamilton-Depressionsskala aktuell 8 Punkte (ab 10 Punkten sprächen die meisten Studien von einer leichten Depression). Dies bestätige den klaren klinischen Eindruck, dass weder eine mittelgradige noch eine schwergradige Depression vorläge, letztlich auch keine leichte, sondern eher ein dysphorisches neurasthenisches Geschehen, möglicherweise auch als Restsymptomatik einer vormaligen depressiven Störung. Zusammenfassend könne vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, objektiviert auch während eines stationären Aufenthaltes, gegenwärtig ohne Pharmakotherapie, gegenwärtig weitgehend remittiert, mit neurasthenischer und dysthymen Restsymptomatik. Ebenso beständen

eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung sowie auffällige Persönlichkeitszüge (S. 6 f.).

Aus somatischer Sicht beständen Einschränkungen durch die verminderte Belastbarkeit des Achsenskelettes. Schwere körperliche Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer deshalb nicht mehr ausführen. Aus psychiatrischer Sicht seien die Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit erheblich eingeschränkt, die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei deutlich eingeschränkt, ebenso die Durchhaltefähigkeit. Zudem seien die Selbstbehauptungs-, Durchsetzungs- und Gruppenfähigkeit teilweise eingeschränkt (S. 8). Für die letzte Tätigkeit als ... und ... bei einer N.\_\_\_\_\_ bestehe psychisch bedingt (act. II 133.5 S. 24) und in der Folge interdisziplinär seit Juli 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit dem Zeitpunkt der Begutachtung eine 66%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 34%). Diese Tätigkeit müsste zudem einfach strukturiert sein mit begrenzter Verantwortung (act. II 133.1 S. 9).

**3.3.6** Med. pract. O.\_\_\_\_\_ (Klinik G.\_\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer seit dem 4. Februar 2019 in stationärer Behandlung aufhielt) diagnostizierte im zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 18. Februar 2019 (act. II 142 S. 14 – 16) eine mittelgradige depressive Störung (Tendenz zur Chronifizierung; ICD-10 F32.1). Zu den Einweisungsumständen hielt med. pract. O.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte im Eintrittsgespräch, dass er im Januar einen Vorbescheid erhalten habe, wonach sein Antrag auf eine IV-Rente abgelehnt worden sei. Er habe den Eindruck, von der Medas nicht fair begutachtet worden zu sein. Er hätte nun gerne ein Urteil von einer anderen Stelle. Weiterhin habe er auch einen Rechtsanwalt eingeschaltet. Seit der Lungenembolie sei der Antrieb schlechter geworden, er habe sich zurückgezogen, fühle sich schnell überfordert sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht. Es bestünden erhebliche Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und eine vorzeitige Erschöpfbarkeit. Seine finanzielle Situation sei nun auch zunehmend schwierig, da er im Oktober 2018 zuletzt Taggeld bezogen habe und nun von seinem Ersparten lebe. Eventuell sei er zukünftig auf Sozialhilfe angewiesen (S. 14 f.). Weiter hielt med.

pract. O. \_\_\_\_\_ fest, es liege seit dem Eintritt keine wesentliche Verbesserung der depressiven Symptomatik vor, so dass bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 16).

**3.3.7** Med. pract. I. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 22. Februar 2019 (act. II 142 S. 8 – 13) rezidivierende Depressionen, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) und mit latenten Suizidgedanken (anamnestisch seit 2002), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit vorwiegend ängstlich-unsicher-vermeidenden, perfektionistisch-zwanghaften und teils auch schizoiden Anteilen und narzisstischer Problematik, sowie eine spezifische Phobie (Menschenansammlungen wie in gefüllten öffentlichen Verkehrsmitteln, auf öffentlichen Plätzen (ICD-10 F40.2 [S. 9]). Ihres Erachtens benötige der Beschwerdeführer einen geschützten Arbeitsplatz, wo er ein Pensum von 3 – 4 Stunden täglich bewältigen könne (S. 13).

Mit zwei separaten Berichten vom 27. März 2019 (act. II 146 S. 2 ff.) nahm die Medas aus internistischer, psychiatrischer und interdisziplinärer Sicht zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens vorgebrachten Einwänden des Beschwerdeführers sowie den Berichten von med. pract. O. \_\_\_\_\_ und med. pract. I. \_\_\_\_\_ vom 18. und 22. Februar 2019 Stellung, wobei an den Ergebnissen im Gutachten vom 21. November 2018 festgehalten wurde.

**3.3.8** Im die stationäre Behandlung vom 4. Februar bis 29. März 2019 in der Klinik G. \_\_\_\_\_ betreffenden, von med. pract. O. \_\_\_\_\_ mitunterzeichneten Austrittsbericht vom 17. Mai 2019 (act. V 21 – 26) wurde festgehalten, aufgrund der umfangreichen Medikamentenanamnese ohne durchgreifende Erfolge sei dem Beschwerdeführer die Durchführung einer Elektrokrampftherapie (EKT) vorgeschlagen worden. Zunächst habe er hieran Interesse gezeigt. Unmittelbar vor dem geplanten Beginn der EKT habe sich der Beschwerdeführer dann schliesslich gegen eine EKT entschieden. Da im weiteren Verlauf eine recht gute Teilremission der depressiven Symptomatik eingetreten sei, sei kein weiterer medikamentöser antidepressiver Behandlungsversuch erfolgt (24).

**3.3.9** Am 18. Juni 2019 erfolgte im Spital P.\_\_\_\_\_ eine neuropsychologische Untersuchung. Im entsprechenden, gleichentags verfassten Bericht (act. V 11 – 13) wurde in der Beurteilung festgehalten, es zeigten sich im alters-, geschlechter- und bildungskorrigierten Normvergleich normabweichende Leistungen im Bereich der mnestischen Funktionen, dies bei weitgehend unauffälligen Leistungen in den übrigen Funktionsbereichen. Eine hirngorganische Ursache dieser Normabweichungen sei sehr unwahrscheinlich. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte des Beschwerdeführers, der aktuell fehlenden depressiven Symptomatik, der starken Fokussierung des Beschwerdeführers auf das embolische Ereignis aus dem Jahr 2002, dem hohen Leidensdruck sowie der Befunde mit Aggravationstendenzen werde eine Beurteilung durch die Psychosomatik mit Spezialisierung auf funktionelle Störungen empfohlen (13).

**3.3.10** Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im zu Händen von med. pract. I.\_\_\_\_\_ verfassten Bericht vom 28. August 2019 (act. V 1 f.) fest, die klinische Untersuchung bestätige die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Aktuell stehe deutlich die sich zuspitzende konkret-finanzielle Situation im Vordergrund, so dass eine abschliessende Beurteilung nicht möglich sei. Die Ordnung der äusseren Verhältnisse und die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie seien daher zu empfehlen (2).

**3.3.11** In der zu Händen des Verwaltungsgerichts erstellten Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (Medas) in Beantwortung der vom Instruktionsrichter gestellten Fragen fest, im vorliegenden Fall stelle das eine Störungsbild (dysfunktionale Krankheitsverarbeitung) definitionsgemäss keine schwerwiegende psychiatrische Pathologie dar und die beschriebene depressive Störung sei zum Zeitpunkt der Begutachtung als unvollständig remittiert eingeschätzt worden, in jedem Fall nicht mehr den Kriterien einer mittelgradigen depressiven oder gar schwergradigen depressiven Episode entsprechend. Somit handle es sich nicht um zwei schwerwiegende psychiatrische Krankheitsbilder (S. 2 f.). Zu einer dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung gehöre oft auch eine als legitim erlebte final ausgerichtete Entschädigungshaltung, was in Bezug auf

den Beschwerdeführer entsprechend aktueller Unterlagen zutrefte und was therapeutischen und beruflichen Massnahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit Abbruch tue (S. 4). Vorliegend scheine das Sammeln von Material mit der Intention und der Begründung eines versicherungsrechtlichen Anspruches im Vordergrund zu stehen und weniger das Leiden an Symptomen und an der Störung an sich (S. 7). Der Beschwerdeführer befinde sich in einem systembedingten Konflikt zwischen Wahrung legitim erlebter Versicherungsansprüche und natürlichem Genesungsbestreben, was, sollte dieses erfolgreich sein, den versicherungsrechtlichen Ansprüchen den Boden entziehe. Die Verantwortung dafür, wohin Motivation und Interessen orientiert würden, liege beim Beschwerdeführer. Eine psychiatrische Krankheit, die mit dem Verlust der Verantwortung dafür einhergehen würde, liege sicher nicht vor (S. 8).

**3.4** 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 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

**3.5** Das polydisziplinäre Gutachten der Medas vom 21. November 2018 (act. II 133.1 ff.) erfüllt – unter Berücksichtigung der zu Händen des Verwaltungsgerichts erstellten Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) – grundsätzlich die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 vorne) und erbringt Beweis. Dies trifft auch auf die Beantwortung der Zusatzfragen vom 27. März 2019 (act. II 146 S. 2 ff.) zu. Gestützt auf diese Arztberichte lassen sich im Verbund mit der Stellungnahme vom 10. März 2020 sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten.

Die Gutachter gelangten in der Expertise vom 21. November 2018 zum Schluss, in somatischer Hinsicht lägen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein leichtgradiges zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M53.5, M54.5) mit „radiologisch Spondylose thorakolumbalen Übergang“ und leichtgradiger skoliotischer Fehlhaltung sowie Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits (linksbetont) vor, welche Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht (act. II 133.2 S. 27; 133.4 S. 23) und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit allein qualitativ einschränkten (act. II 133.1 S. 9). In psychischer Hinsicht liegen gestützt auf das Gutachten eine unvollständig remittierte depressive Störung (ICD-10 F33.8), vormals zeitweise auf dem Niveau einer mittelgradigen, jetzt mit Restsymptomatik dysthymen und neurasthenischer Art, eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) sowie auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) vor, welche die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit gänzlich, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit um 34% einschränken (act. II 133.1 S. 8). An diesen Einschätzungen hielten die Gutachter im Rahmen ihrer Stellungnahmen vom 27. März 2019 fest (act. II 146 S. 2 ff.). Dies trifft im Grundsatz – mithin in diagnostischer Hinsicht sowie bezüglich der Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit – auch auf die von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zu Händen des Verwaltungsgerichts verfasste Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den

Gerichtsakten) zu. Jedoch mass Dr. med. J. \_\_\_\_\_ darin – in Kenntnis der gerichtlich edierten Behandlungsunterlagen – invaliditätsfremden Faktoren bei der Beurteilung der medizinischen Situation dergestalt nunmehr eine ausschlaggebende Bedeutung bei, als der Experte hinsichtlich der frustran verlaufenen therapeutischen Massnahmen „eher das Sammeln von Material mit der Inten[t]ion und der Begründung eines versicherungsrechtlichen Anspruchs [...] und weniger das Leiden an Symptomen und Störung an sich“ als „im Vordergrund“ stehend qualifiziert hat (S. 7), während in der bereits im psychiatrischen Teilgutachten festgestellten „final ausgerichtete[n] Entschädigungshaltung“ (act. II 133.5 S. 16) weder aus psychiatrischer Sicht noch im Rahmen der Konsistenzprüfung interdisziplinär eine ausschlaggebende Bedeutung zugeschrieben worden war (vgl. act. II 133.1 S. 8).

**3.6** Der Beschwerdeführer kritisiert die psychiatrischen Einschätzungen im Medas-Gutachten. Damit dringt er jedoch nicht durch:

**3.6.1** Der Beschwerdeführer bringt vor, die im Gutachten behaupteten psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. act. II 133.5 S. 19) hätten zwar vor drei Jahren bestanden, lägen jedoch seit einer neuen Partnerschaft nicht mehr vor. Insbesondere verneine die behandelnde Psychiaterin das Vorliegen solcher Faktoren ausdrücklich (Beschwerde, S. 3 f.; vgl. auch Replik, S. 4, Ziff. 4). Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass im Rahmen der stationären und anschliessenden, bis am 24. Februar 2017 dauernden teilstationären Behandlung in der Klinik K. \_\_\_\_\_ (act. II 80 S. 8) erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (Verlust des Arbeitsplatzes und Trennung) bestanden (act. II 66.2 S. 2, 9; 76 S. 2). Wenn med. pract. I. \_\_\_\_\_ gegenüber der Rechtsvertreterin angab, dass psychosoziale Belastungsfaktoren, die sich „relevant negativ auf [die] Leistungsfähigkeit ausgewirkt hatten“, ihr „nicht bekannt“ seien (act. II 142 S. 12), so widerspricht dies den hiervor genannten Berichten, wobei die behandelnde Ärztin den Beschwerdeführer bereits seit November 2016 behandelt (vgl. act. II 66.2 S. 8; act. V 20) und demnach von den anderslautenden Berichten Kenntnis gehabt haben müsste. Dies gilt umso mehr, als med. pract. I. \_\_\_\_\_ im Überweisungsscheiben an die Psychosomatik des Spitals P. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019 (vgl. act. V 20) ausdrücklich festhielt, das

depressive Geschehen sei bei Beginn einer Fernbeziehung im Sommer 2018 mit einer ukrainischen Frau in den Hintergrund getreten. Dies bis zum Januar 2019, als der Beschwerdeführer von einem Besuch in der Ukraine zurückgekehrt und einen ablehnenden Vorbescheid der IV erhalten habe, wobei es zu einer weiteren mittelgradigen depressiven Episode und einer Hospitalisation in der Klinik G.\_\_\_\_\_ gekommen sei. Jedoch sei die Depression erneut remittiert, nachdem die Freundin zu Besuch gekommen sei. Mit dem näher rückenden Abreisetermin und dem Aufbrauchen der finanziellen Reserven bestehe nun eine Zuspitzung der psychosozialen Gesamtsituation. Diese Ausführungen legen den Schluss nahe, dass auch med. pract. I.\_\_\_\_\_ – entgegen ihrer anderslautenden Darstellung im Bericht vom 22. Februar 2019 (act. II 142 S. 12) – psychosozialen Faktoren zumindest hinsichtlich des Verlaufs des geltend gemachten depressiven Geschehens offensichtlich durchaus relevante Bedeutung beimass bzw. -misst, womit der Beschwerdeführer aus ihrer gegenteiligen Einschätzung im vorgenannten Bericht nichts ableiten kann, was gegen den Beweiswert des Medas-Gutachtens sprechen könnte.

**3.6.2** Hinsichtlich des Vorwurfs, im Medas-Gutachten würden die Therapieoptionen zu Unrecht als nicht ausgeschöpft qualifiziert und auf den Einwand von med. pract. I.\_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer wahrscheinlich zur Gruppe der Personen gehöre, die auf eine Therapie mit Antidepressiva nicht ansprechen (Beschwerde, S. 4), ist auf die überzeugende Antwort in der Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2019 (act. II 146 S. 7) zu verweisen. Danach hätten zum Zeitpunkt der Begutachtung weder von der Behandlerin noch in der sonstigen Aktenanamnese Medikamentenspiegel vorgelegen, obschon ein Drug-Monitoring beim Verlauf der Therapie ein relevantes Instrument darstelle. Eine aktuelle Medikamentenunverträglichkeit oder ein Nicht-Profitieren von sämtlichen Psychopharmaka werde letztlich auch durch die Äusserung des Beschwerdeführers relativiert, wonach er ohne Schlaftabletten erhebliche Schlafstörungen habe. Auch habe er zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Medikamente eingenommen, bei weitgehend unauffälligem Befund. Diese Ausführungen blieben in der Folge aus fachmedizinischer Sicht unwidersprochen. Im Übrigen wies Dr. med. J.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass sich die Therapieoptionen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie defini-

tionsgemäss nicht auf die Psychopharmakotherapie reduzieren liessen, sondern – wie im Gutachten dargestellt – auch aus Psychotherapie und Soziotherapie beständen (S. 8). Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich einwendet, solchen Therapien habe er sich unterzogen, sie seien jedoch ohne Erfolg geblieben (Beschwerde, S. 5), so ist darauf hinzuweisen, dass dieser Umstand im Wesentlichen dem Beschwerdeführer respektive seiner insoweit gespaltenen Motivation (Motivation Richtung Therapieziel einerseits, Wahrung versicherungsrechtlicher Interessen andererseits [vgl. Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2020, S. 8; in den Gerichtsakten]) zuzuschreiben ist (vgl. E. 3.6.3 sogleich) und somit nicht als Argument gegen den Beweiswert des Gutachtens ins Feld geführt werden kann.

**3.6.3** Sodann bemängelt der Beschwerdeführer, das im Januar 2019 aufgetretene Rezidiv der depressiven Störung und die Gesamtbeurteilung deren Schweregrades hätten im Medas-Gutachten neu bewertet werden müssen. Insgesamt sei die im Gutachten vorgenommene Klassifizierung einer weitgehend remittierten Störung nicht mehr haltbar (Beschwerde, S. 5). Auch diese Kritik verfängt nicht: Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hat sich in seiner Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) – insbesondere unter Mitberücksichtigung der Behandlungsdokumentation der Klinik G. \_\_\_\_\_ (act. III), wo sich der Beschwerdeführer aufgrund einer von der behandelnden Ärztin diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung vom 4. Februar bis 29. März 2019 in stationärer Behandlung befand (act. V 21) – ausführlich zum zur Diskussion stehenden Beschwerdebild und den durchgeführten Behandlungen geäussert. Mit Blick auf die Angaben der dort behandelnden Psychotherapeutin, wonach der Beschwerdeführer ihr im Gespräch immer wieder habe „beweisen“ müssen, unter starken Defiziten zu leiden und es ihm nach deren Einschätzung unter den gegebenen Umständen „(IV-Prozess)“ nicht besser gehen dürfe (act. III 264), hat Dr. med. J. \_\_\_\_\_ überzeugend dargelegt, dass die motivationale Energie des Beschwerdeführers eher für die Erzielung einer materiellen Entschädigung (Rente) als für den schnellstmöglichen Berufswiedereinstieg aufgebracht werde (Stellungnahme vom 10. März 2020, S. 4). Damit hat Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die vom Beschwerdeführer bemängelte Neubewertung der geltend gemachten Beeinträchtigung unter Einbezug

der Ergebnisse des stationären Aufenthalts sehr wohl vorgenommen, jedoch dem Umstand Rechnung getragen, dass offensichtlich andere als gesundheitliche Faktoren für das Beschwerdebild verantwortlich zeichnen. Dass er das depressive Geschehen an sich im Vergleich zu den Ergebnissen im Medas-Gutachten nicht anders (im Sinne einer schwerwiegenderen Störung) bewertete, ist im Lichte der vom Beschwerdeführer wiederholt und ausdrücklich kommunizierten Rentenbegehrlichkeit (vgl. auch act. III 245) als iv-fremder Faktor ohne weiteres schlüssig und nachvollziehbar.

**3.6.4** Sodann hat Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bereits im psychiatrischen Teilgutachten ausführlich und überzeugend dargelegt, warum die Diagnose einer (schizoiden) Persönlichkeitsstörung zu verwerfen ist. Hierzu lässt sich der Expertise entnehmen, sie (die Gutachter) hätten einen Beschwerdeführer erlebt, der noch gestern ins Solarium gegangen sei, seit sechs Monaten eine Freundin und Sexualität habe, sich von einer weiteren Person in den Urlaub begleiten lasse, gerne soziale Berufe ausgeübt habe, etwa auch die Betreuung einer behinderten Person im hauptberuflichen Umfang, sich wieder eine solche Tätigkeit wünsche und beim Einkaufen eine ehemalige Kundin seines früheren Arbeitgebers getroffen und mit ihr dann eine Stunde Kaffee getrunken habe. Die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeit sei deshalb sehr unwahrscheinlich. Auch habe der Beschwerdeführer berichtet, dass während des Eingliederungsversuches bei der Abklärungsstelle E. \_\_\_\_\_ seine sozialen Fähigkeiten erkannt worden seien und man ihn dort habe zum Coach machen wollen. Demnach mögen perfektionistische Elemente vorliegen, ebenso ängstlich-unsicher und vermeidende, die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien aber weder im Quer- noch im Längsschnitt belegbar. Die Annahme einer Persönlichkeitsstörung widerspreche sämtlichen bisherigen Tätigkeiten des Beschwerdeführers und seinem aktuellen Zustand und Beziehungsverhalten (act. II 133.5 S. 16 f.). In Anbetracht dieser hohen Begründungsdichte ist es nicht zu beanstanden, wenn sich Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 27. März 2019 auf den (korrekten) Hinweis beschränkte, auch im Rahmen der Hospitalisation in der Klinik G. \_\_\_\_\_ sei die Diagnose – obwohl im Überweisungsschreiben aufgeführt (vgl. act. V 31 f.) – nicht vermerkt worden (vgl. act. V 21), was zumindest gegen eine erhebliche Relevanz eines entsprechenden Beschwerdebildes spreche (act. II 146 S. 7). Auch spricht

das Arbeitszeugnis des letzten Arbeitgebers in hohem Masse gegen eine Persönlichkeitsstörung, wurde dem Beschwerdeführer doch eine hoch entwickelte Sozialkompetenz attestiert (vgl. act. II 81 S. 8). Soweit deshalb in einzelnen Berichten (vgl. act. II 107 S. 12; 112 S. 6; act. V 2) das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung postuliert wurde, kann dem nicht gefolgt und es kann daraus nichts gegen den Beweiswert des Medas-Gutachtens abgeleitet werden.

**3.6.5** Schliesslich dringen auch die Einwände des Beschwerdeführers (vgl. Eingabe vom 2. April 2020) gegen die zu Händen des Verwaltungsgerichts erstellte Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) nicht durch:

So bedeutet entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (S. 1 zu Frage 1) die blossе Möglichkeit, dass sich zwei psychische Störungsbilder gegenseitig negativ beeinflussen können, nicht zwangsläufig, dass dies im konkreten Fall stets zu einem schwerwiegenden, das funktionelle Leistungsvermögen erheblich beeinträchtigenden Beschwerdebild führen muss. Nichts anderes gilt vorliegend: Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hat in der Stellungnahme vom 10. März 2020 nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass ein Zusammenkommen mehrerer psychischer Störungsmuster grundsätzlich ungünstig ist (S. 2), im vorliegenden Fall jedoch das eine Störungsbild nosologisch einem leichtgradigen Bild entspreche und das depressive Geschehen nicht nur zum Zeitpunkt der Begutachtung als nicht anhaltend schwerwiegend einzuordnen sei, weshalb von einer möglichen Wechselwirkung zumindest keine erwerbsrelevanten Aussagen abgeleitet werden könnten.

Im Weiteren hat Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die im Jahr 2002 stattgehabte Lungenembolie nicht als „nicht schwerwiegend“ qualifiziert (Eingabe vom 2. April 2020, S. 2 zu Frage 2); vielmehr bezog er sich mit dieser Beschreibung auf das (aktuell) geltend gemachte körperliche Beschwerdebild (S. 3). Seine Einschätzung deckt sich denn auch mit jener des Medas-Internisten, welcher festhielt, der Beschwerdeführer sei dauerantikoaguliert, die arterielle Hypertonie und der Diabetes seien gut eingestellt und die internistischen Erkrankungen hätten keinen Einfluss auf die Leistungs- und Funktionsfähigkeit (act. II 133.2 S. 27). Ebenso wenig liegt in rheumatologischer (act.

II 133.4 S. 23) und neurologischer Hinsicht eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung vor. Insbesondere konnte die Diagnose einer hypoxischen Enzephalopathie verworfen werden (act. II 133.6 S. 10). Dass sich sodann die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung auf psychologischer und auch Verhaltensebene abbildet – im Sinne von Sorgen, Konflikten und Erwartungen –, was sich in Bezug auf die Gesundung und Wiedereingliederung negativ auswirkt (Eingabe vom 2. April 2020, S. 2 zu Frage 2), bedeutet nicht, dass eine daraus abgeleitete Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht überwindbar ist (vgl. E. 2.1.1 vorne). Vorliegend hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ denn auch fest, dass in Bezug auf die beim Beschwerdeführer vorliegende gespaltene Motivationslage (Gesundung einerseits, Wahrung versicherungsrechtlicher Interessen andererseits) keine psychiatrische Krankheit vorliege, die mit dem Verlust der entsprechenden Verantwortung hinsichtlich der Orientierung der Motivation einhergehe. Vielmehr könne die Verantwortung hierfür nur beim Beschwerdeführer liegen (Stellungnahme vom 10. März 2020, S. 8). Dies deckt sich mit seiner Einschätzung im psychiatrischen Teilgutachten (vgl. act. II 133.5 S. 27).

Entgegen dem Beschwerdeführer (Eingabe vom 2. April 2020, S. 2 zu Frage 3) erweist sich sodann auch die Einschätzung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, wonach im Falle der Verneinung eines Rentenanspruchs hinsichtlich einer Anpassungsleistung (im Sinne der Überwindung der psychischen Beschwerden) in Anbetracht der nicht schwerwiegenden psychiatrischen Pathologien eine eher positive Prognose gestellt werden könne, mit Blick auf die Aktenlage als plausibel: So präsentierte sich im ersten (in der Folge auch beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern anhängig gemachten) Verfahren bei Status nach Arbeitsplatzverlust und Trennung von der damaligen Partnerin bei in der Folge depressiver Problematik (act. II 8 S. 1; 14 S. 3; 15 S. 1) ein ähnliches Bild wie heute. Nachdem im Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 25. April 2006 (act. II 27) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 9) und in der Folge eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 10 f.) attestiert wurde, beantragte der Beschwerdeführer eine Invalidenrente (act. II 32 S. 1 f.; 43 S. 5), welches Begehren schliesslich mit Urteil vom 3. April 2007 (VGE IV/67585/3/07) rechtskräftig abgewiesen wurde (act. II 46). Wie der im Recht liegende Lebenslauf zeigt – und was unbestritten ist – war der Be-

schwerdeführer in der Folge in verschiedenen Bereichen erwerbstätig, zuletzt drei Jahre bei D.\_\_\_\_\_. Echtzeitliche Berichte, welche Anhaltspunkte dafür liefern, dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit zwecks Aufrechterhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit medizinischer bzw. namentlich psychiatrischer Behandlung bedurft hätte, liegen nicht vor, womit die von med. pract. I.\_\_\_\_\_. im Bericht vom 26. April 2017 (richtig wohl: 2018 [act. II 112]) auch für diese Zeit angenommenen Depressionen und Einschränkungen (S. 4) nicht erstellt sind. Gegenteilig wurde der Beschwerdeführer vom ehemaligen Arbeitgeber als sehr belastbar, verbindlich, ausdauernd und effektiv beschrieben (act. II 81 S. 8). Wenn Dr. med. J.\_\_\_\_\_ deshalb folgert, dass eine „Rückbesinnung auf die eigenen Ressourcen“ zumutbar wäre (Stellungnahme vom 10. März 2020, S. 5), erweist sich dies im Lichte der Aktenlage als plausibel.

Hinsichtlich des Einwandes des Beschwerdeführers, wonach ihm keine zurechenbare Mitverantwortung für das Scheitern der bisherigen Therapiebemühungen angelastet werden könne (Eingabe vom 2. April 2020, S. 3 zu Frage 4, S. 3 f. zu Frage 6 und S. 4 zu Frage 7), kann ihm aus den bereits dargelegten Gründen nicht gefolgt werden. Zu betonen ist nochmals, dass gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_\_ keine psychiatrische Krankheit vorliegt, welche einer hinreichenden Therapieadhärenz des Beschwerdeführers respektive der Überwindung der gespaltenen Motivationslage im Wege steht (vgl. S. 8).

Dass es dem Beschwerdeführer sodann im Wesentlichen (auch) darum geht, Material zur Unterstützung seines Leistungsbegehrens zu sammeln (Eingabe vom 2. April 2020, S. 3 zu Frage 5) – wie Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 10. März 2020 folgert (S. 7) – ergibt sich bereits aus den Behandlungsunterlagen der Klinik G.\_\_\_\_\_ (vgl. act. III 241). Aber auch aus dem Bericht der Klinik K.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2017 (act. II 80 S. 9), der „Plausibilisierungsabklärung“ von Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2018 (act. II 107 S. 10) sowie der Medas-Begutachtung (act. II 133.5 S. 5) folgt unmissverständlich, dass der Beschwerdeführer zwecks Sicherung der Existenzgrundlage den Erhalt von Rentenleistungen anstrebt, womit sich die gleichlautende Einschätzung von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ als nachvollziehbar und schlüssig erweist.

**3.6.6** Zusammenfassend zeigen die im Recht liegenden medizinischen Berichte und die Vorbringen des Beschwerdeführers keine Aspekte auf, welche – unter Berücksichtigung der Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 – im Sinne von konkreten Indizien gegen den Beweiswert des Medas-Gutachtens vom 21. November 2018 (inklusive Stellungnahme vom 27. März 2019) sprechen (vgl. E. 3.3 vorne). Damit bedarf es der beschwerdeweise (eventualiter) beantragten erneuten medizinischen Begutachtung nicht.

### **3.7**

**3.7.1** Gestützt auf die Einschätzungen der Medas ist ein Revisionsgrund erstellt, ist doch eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne einer die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch einschränkenden psychischen Störung, welche ihrerseits potentiell geeignet ist, den Rentenanspruch zu berühren (vgl. E. 2.2.3 vorne), ausgewiesen.

**3.7.2** Die Experten der Medas attestieren aus somatischer Sicht allein eine qualitative Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. act. II 133.2 S. 27; 133.4 S. 23), wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... und ... bei einer N. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer weiterhin zumutbar ist. Jedoch erachten die Gutachter diese Tätigkeit aus psychischen Gründen bzw. interdisziplinär als nicht mehr geeignet. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit attestieren sie eine (ausschliesslich psychisch bedingte) 34%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 133.1 S. 9; 133.5 S. 25). Zu prüfen bleibt, ob diese Einschätzung eine Invalidität (vgl. E. 2.1.1 vorne) begründet, d.h. aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgeblich ist.

## **4.**

### **4.1**

**4.1.1** Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrach-

tungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**4.1.2** 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**4.1.3** 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. Trifft dies zu, 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 die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

## 4.2

**4.2.1** Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung „nach besserem juristischen Wissen und Gewissen“ darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

**4.2.2** Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer *lege artis*, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen

Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368). Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

**4.3** Die im Medas-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht gestellten Diagnosen einer unvollständig remittierten depressiven Störung (ICD-10 F33.8), einer dysfunktionalen Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) sowie auffälliger Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) sind in Bezug auf die klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar begründet (vgl. E. 4.1.2 vorne). Ferner kann zwar auf die gutachterlichen Einschätzungen, wonach keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation beständen (act. II 133.2 S. 27; 133.5 S. 21) mit Blick auf die Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) sowie die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vom 18. Juni 2019, bei der Aggravationstendenzen festgehalten wurden (act. V 13), nicht abgestellt werden. Ob aufgrund dieser neuen Erkenntnisse in rechtlicher Hinsicht (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2018, 8C\_378/2018, E. 6.2) auf einen Ausschlussgrund zu schliessen wäre, kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben. Schliesslich haben sich die Medas-Gutachter in ihrer Expertise zwar an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert; insbesondere im Lichte der Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) ist jedoch ihre Einschätzung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit von den Organen der

Rechtsanwendung vertieft zu prüfen (vgl. E. 4.2 vorne). Hervorzuheben ist dabei, dass Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation, welche den Tatbestand des Ausschlussgrundes nicht erfüllen, nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads des (ärztlich festgestellten) psychischen Leidens rufen (vgl. Entscheid des BGer vom 12. März 2019, 9C\_501/2018, E. 5.1). Sodann gilt auch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Grundsatz, wonach das Invalidenversicherungsrecht soziale Faktoren so weit ausklammert, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht (vgl. Entscheid des BGer vom 20. Januar 2020, 8C\_559/2019, E. 3.2).

#### **4.4**

**4.4.1** Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist beim Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) 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. 299). Vorliegend zeigte sich die depressive Störung anlässlich der Begutachtung durch die Medas als unvollständig remittiert. Im Hauptgutachten wurde hierzu festgehalten, es liege weder eine leichte, mittelgradige noch schwergradige Depression vor, sondern eher ein dysphorisches neurasthenisches Geschehen, möglicherweise als Restsymptomatik einer vormaligen Depression (act. II 133.1 S. 6 f.). Diese Einschätzung korreliert mit der bescheidenen Befundlage (act. II 133.5 S. 11 f.), wobei sich namentlich bei der Affektivität allein eine teilweise leichte Deprimiertheit präsentierte (S. 12). Wie aus dem Überweisungsschreiben von med. pract. I. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019 (act. V 20) zudem hervorgeht, steht das depressive Geschehen in wesentlicher Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren, indem die geltend gemachte Symptomatik jeweils remittierte, wenn der Beschwerdeführer eine Freundin hatte. Was sodann das geltend gemachte Rezidiv im Februar 2019 anbelangt, so folgt aus der Behandlungsdokumentation der K0linik G. \_\_\_\_\_ einerseits, dass dieses wesentlich vom ausdrücklichen Rentenbegehren des Beschwerdeführers geprägt war (act. III 241, 245, 261), wobei der ers-

te abschlägige Vorbescheid vom 4. Januar 2019 (act. II 134) gemäss dem Überweisungsschreiben von med. pract. I. \_\_\_\_\_ der Auslöser der depressiven Episode war (act. V 32). Andererseits kam es auch insoweit zu einer Remission, als die Freundin des Beschwerdeführers aus der Ukraine zu Besuch kam (act. V 20). Sodann stellt die weiter diagnostizierte dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) grundsätzlich eine leichte psychische Störung dar (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 268; Stellungnahme vom 10. März 2020, S. 2). Hierzu hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bereits im Gutachten der Medas fest, es seien eine gewisse Symptomausweitung bei der Schmerzdarstellung, Hinweise auf eine Selbstlimitierung sowie eine als legitim erlebte final ausgerichtete Entschädigungshaltung zu erkennen (act. II 133.5 S. 16). Diese noch vorsichtige Einschätzung bekräftigte und betonte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ nach Kenntnis der Behandlungsdokumentationen in der Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten), indem er darauf hinwies, dass in diesem Fall das Sammeln von Material mit der Intention und der Begründung eines versicherungsrechtlichen Anspruchs im Vordergrund zu stehen scheine (S. 7), wobei dieser Umstand nicht auf eine psychiatrische Krankheit zurückzuführen sei (S. 8).

Mit Blick auf die in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Aggravationstendenzen (act. V 13), der Abhängigkeit des geltend gemachten (depressiven) Beschwerdebildes von psychosozialen Faktoren (Partnerschaft, finanzielle Situation) sowie einer mehrfach aktenmässig dokumentierten Rentenbegehrlichkeit (vgl. act. II 80 S. 9; 107 S. 10; act. III 241, 245, 261) ist eine diagnosenrelevante Ätiologie bzw. ein konsistenter Nachweis, wonach die geltend gemachten funktionellen Ausfälle sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind, nicht erstellt. Vielmehr liegt der Schluss nahe, dass die geklagten Beschwerden massgeblich auf andere als invalidenversicherungsrechtlich relevante Faktoren zurückzuführen sind.

**4.4.2** In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist Folgendes festzuhalten:

**4.4.2.1** Nach der Rechtsprechung sagt die Therapierbarkeit eines Leidens für sich allein nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412). Gleichwohl gilt die Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit den Schweregrad der Störung (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 und E. 4.4 S. 414).

Zwar geht aus den von der Beschwerdegegnerin zugestellten sowie gerichtlich edierten Akten hervor, dass der Beschwerdeführer im Verlauf diverse psychiatrische bzw. psychologische Behandlungen in Anspruch nahm. Dabei fällt jedoch auf, dass med. pract. I. \_\_\_\_\_ im Rahmen der Psychotherapie gemäss eigenen Angaben keinen vertieften Zugang zum Beschwerdeführer erhielt, wie dies aus dem Überweisungsscheiben vom 8. Juli 2019 hervorgeht (act. V 8). Auch aus den Behandlungsaufzeichnungen der Klinik G. \_\_\_\_\_ ergibt sich in Bezug auf die Psychotherapie das gleiche Bild (act. III 264; act. V 25). Ferner lehnte der Beschwerdeführer eine Behandlung mittels EKT ab, obschon keine Hinweise auf Kontraindikationen bestanden (act. III 207; act. V 24). Wie bereits gezeigt (vgl. E. 3.6.5 vorne), ist abermals hervorzuheben, dass gemäss der Einschätzung von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer unter den gegebenen Umständen nicht primär die gesundheitliche Genesung, sondern das Sammeln von Material zwecks Wahrung der versicherungsrechtlichen Ansprüche im Vordergrund steht (Stellungnahme vom 10. März 2020, S. 7 [in den Gerichtsakten]), wobei zu wiederholen ist, dass dieser Umstand nicht mit einer psychiatrischen Krankheit erklärt werden kann (S. 8). Demnach lassen die durchgeführten Therapien keinen Rückschluss auf den effektiven Leidensdruck des Beschwerdeführers und in der Folge auf ein invalidisierendes Leiden zu.

**4.4.2.2** Sodann ergeben sich Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung auch aus der Eingliederung im Rechtssinne, hat sich die versicherte Person in beruflicher Hinsicht doch primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden Eingliederungs-

und Integrationsmassnahmen teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300).

Vom 2. August bis 5. November 2017 erfolgte in der Abklärungsstelle E.\_\_\_\_\_ ein Belastbarkeitstraining. Im entsprechenden Bericht vom 14. November 2017 (act. II 109 S. 2 ff.) wurde festgehalten, das Arbeitsverhalten sei mit sehr wenig Elan und Enthusiasmus verbunden gewesen (S. 3) und es seien eine Verlangsamung und Konzentrationsschwierigkeiten festzustellen gewesen, welche der Beschwerdeführer mit psychischer und physischer Erschöpfung erklärt habe (S. 4). Ziel des Belastbarkeitstrainings bildete die Steigerung der Präsenzzeit von 2 Stunden an 5 Tagen auf 4 Stunden an 5 Tagen pro Woche (act. II 84 S. 2). Dies entspricht einem 50%-Pensum, welches seinerseits auf der subjektiven, gegenüber den behandelnden Ärzten der Klinik K.\_\_\_\_\_ bekundeten Einschätzung des Beschwerdeführers basierte, wonach aus seiner Sicht eine 50%ige Berentung gerechtfertigt sei (vgl. act. II 80 S. 9 f.). Damit kann allein aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen hat, in Bezug auf die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität nichts zu seinen Gunsten abgeleitet werden. Hinzu kommt, dass die Konzentration – soweit sie Gegenstand einer Befunderhebung bildete – vor der Durchführung des Belastbarkeitstrainings jeweils als grobkursorisch unauffällig beurteilt worden war (act. II 66.2 S. 13; 76 S. 3) und der Beschwerdeführer auch Auto fuhr (bzw. fährt), aber dabei gemäss pneumologischer Abklärung (welche in der Zeit des Belastbarkeitstrainings erfolgte) weder müde wurde noch Konzentrationsschwierigkeiten verspürte (vgl. act. II 106 S. 16); zudem stand, wie dargelegt, schon damals die Rentenbegleichheit des Beschwerdeführers im Raum (vgl. act. II 80 S. 9; 107 S. 10).

Insoweit im psychiatrischen Teilgutachten aufgrund der anlässlich der Eingliederungsmassnahmen gezeigten Leistung indirekt auf einen damals schlechteren Gesundheitszustand geschlossen wurde (vgl. act. II 133.5 S. 19 f.), kann dem aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht deshalb nicht gefolgt werden. Dies umso weniger, als auch Dr. med. J.\_\_\_\_\_ nach Vorliegen der Behandlungsdokumentationen in der Stellungnahme vom 10. März 2020 (in den Gerichtsakten) im Vergleich zur vorgängigen Einschätzung die Rentenbegehrlichkeit des Beschwerdeführers hervorhob. Zudem geht aus dem den Gutachtern anlässlich der Begutachtung 2018 ebenfalls nicht vorgelegenen Überweisungsschreiben von med. pract. I.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019 (act. V 20) hervor, dass dem Beziehungsstatus des Beschwerdeführers im Sinne eines psychosozialen Faktors bei der Aufrechterhaltung des geltend gemachten depressiven Zustandsbildes eine prägende Rolle zukam (vgl. E. 3.6.1 vorne). In Würdigung der gesamten Umstände ist zwar von einer misslungenen Eingliederung auszugehen, jedoch fusst deren Scheitern nicht überwiegend wahrscheinlich auf (ausschliesslich versicherten) krankheitsbedingten Faktoren.

**4.4.3** Sodann kann offen bleiben, in welchem Verhältnis die im Medas-Gutachten diagnostizierten psychischen Störungen zueinander stehen (act. II 133.1 S. 7) bzw. inwieweit sie im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 als komorbid zu qualifizieren sind (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 2. April 2020, S. 1 zu Frage 1). Entscheidend ist, dass nach der überzeugenden Einschätzung von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung einem leichtgradigen Beschwerdebild entspricht und das depressive Geschehen als nicht anhaltend schwerwiegend einzuordnen ist, weshalb von einer möglichen Wechselwirkung zumindest keine erwerbsrelevanten Aussagen abgeleitet werden können (S. 3). Auch wurde eine Persönlichkeitsstörung mit überzeugender Begründung verneint (vgl. E. 3.6.4 vorne). Sodann fällt die als Z-Diagnose klassifizierte Störung der auffälligen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Entscheid des BGer vom 12. November 2019, 9C\_542/2019, E. 3.2; vgl. jedoch E. 4.4.4 sogleich).

**4.4.4** In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten fest, auf der Persönlichkeitsebene ergäben sich keine schwerwiegenden Gründe, die mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergingen (act. II 133.5 S. 13). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die bisherige Erwerbsbiographie, wonach der Beschwerdeführer in der Vergangenheit verschiedenen Tätigkeiten nachgehen konnte (act. II 81 S. 2 f.), als schlüssig. Auch beschrieb ihn der letzte Arbeitgeber als vollkommen selbständig, sorgfältig, engagiert, sehr belastbar, verbindlich, ausdauernd, effektiv und er attestierte dem Beschwerdeführer namentlich eine hoch entwickelte Sozialkompetenz (act. II 81 S. 8; vgl. auch E. 3.6.4 vorne). Aufgrund dessen können in den diagnostizierten auffälligen Persönlichkeitszügen keine ausgeprägten negativen Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers erblickt werden. Dauerhafte und erhebliche ressourcenhemmende Eigenheiten werden ihnen damit nicht zuteil. Im Gegenteil hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten fest, persönlichkeitsbezogene Ressourcen seien vorhanden (act. II 133.5 S. 23).

**4.4.5** In Bezug auf den Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten fest, der soziale Kontext erscheine nicht in erwerbsrelevantem Ausmass gestört (act. II 133.5 S. 19). Zwar bestehen in den Akten Hinweise auf einen sozialen Rückzug (vgl. act. II 66.2 S. 10; 107 S. 12; 112 S. 5). Dies ist aber insofern zu relativieren, als der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben stets ein Einzelgänger war (act. II 133.5 S. 12), der auch vorher kaum Freunde gehabt habe. Hingegen verfügt er gemäss eigenen Angaben über drei Kollegen und sechs Kolleginnen (act. II 133.2 S. 22), mit welchen er regelmässig Kontakt habe. Einerseits stellt das (seit jeher) sozial eher zurückhaltende Leben des Beschwerdeführers somit keinen wesentlichen ressourcenraubenden Umstand dar; andererseits ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer eine Freundin hat, mit welcher er auch Urlaubsreisen absolviert (act. II 133.5 S. 20), sowie über eine Kollegschaft verfügt. Insgesamt hält der Lebenskontext des Beschwerdeführers demzufolge – insbesondere in Form einer Partnerschaft und eines Kollegenkreises – auch erhebliche (mobilisierbare) Ressourcen für die Be-

wältigung der geltend gemachten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung bereit.

**4.4.6** Damit lässt sich aufgrund keines Indikators eine rechtlich relevante Invalidität erhärten, weshalb sich eine weitergehende Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt: Selbst wenn berücksichtigt würde, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben keinen Hobbys mehr nachgehen kann (act. II 133.4 S. 22), so liesse sich dies mit Blick auf die erfolgte Indikatorenprüfung (vgl. E. 4.4.1 – 4.4.5) respektive aufgrund der vorliegend ausgewiesenen Aggravationstendenzen, der erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren sowie einer mehrfach dokumentierten und psychopathologisch nicht begründbaren Rentenbegehrlichkeit nicht überwiegend wahrscheinlich mit einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden erklären.

**4.5** Zusammenfassend ist – im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 respektive einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 2.1.2 vorne) – die im Medas-Gutachten vom 21. November 2018 attestierte psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität nicht plausibilisiert und unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.2.2 vorne) rechtlich nicht ausgewiesen. Eine Invalidität im Rechtssinne ist somit nicht erstellt (vgl. E. 2.1.1 vorne).

**4.6** Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Administrativgutachten gilt ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (act. II 133.1 S. 9). Die für die Quantifizierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebliche psychiatrische Expertisierung erfolgte im August 2018 (S. 3). Der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ist mit Blick auf die im Dezember 2016 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 48 S. 8) sowie in Anbetracht der ab Juli 2016 attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 70.3 S. 2) jedoch der Juli 2017 (Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Ein IV-Taggeld wurde erst ab 2. August 2017 ausgerichtet (act. II 81; 91), womit ein Rentenaufschub im Sinne von Art. 29 Abs. 2 IVG ausser Betracht fällt.

Zu prüfen ist somit, wie es sich mit dem Vorliegen einer Invalidität für die Zeit zwischen Juli 2017 und August 2018 verhält.

Im Medas-Gutachten vom 21. November 2018 wird diesbezüglich festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% bis zum „Beginn der Integrationsmassnahme“; ab diesem Zeitpunkt betrage sie bis zur Begutachtung 50% (act. II 133.1 S. 9). Die Einschätzung für die Zeit vor der Begutachtung beruht indessen auf der vom Beschwerdeführer anlässlich des Aufenthalts vom 25. Juli 2016 bis 24. Februar 2017 in der Klinik K.\_\_\_\_\_ getroffenen Selbsteinschätzung, indem er festhielt, aus seiner Sicht sei eine 50%ige Berentung gerechtfertigt (act. II 80 S. 9). Auf dieser Grundlage wurde anschliessend mit dem beruflichen Wiedereinstieg ab Mitte März 2017 begonnen (act. II 80 S. 10). Wie in E. 4.4.2.2 vorne dargelegt, ist eine Invalidität dadurch nicht erstellt. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass sich die Befundlage bereits anlässlich der Hospitalisierung in der Klinik K.\_\_\_\_\_ als wenig gravierend präsentierte und namentlich die Stimmung als lediglich leicht zum depressiven Pol verschoben beschrieben wurde (act. II 66.2 S. 13). Nichts anderes ergibt sich aus der „Plausibilisierungsabklärung“ von Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (act. II 107 S. 2 ff.), wobei er eine „allenfalls [...] leichte niedergeschlagene Stimmung“ feststellte (S. 11). Damit ist auch für die Zeit von Juli 2017 bis August 2018 keine Invalidität im Rechtssinne erstellt.

Demnach besteht für den gesamten Beurteilungszeitraum mangels Vorliegens einer Invalidität im Rechtssinne kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.1.1 vorne).

**4.7** Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2019 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1.1** 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.1.2** Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG).

Wo zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, sind die Kosten der Begutachtung durch eine Medas den IV-Stellen aufzuerlegen (BGE 137 V 210 E. 4.4.2 S. 265; SVR 2017 IV Nr. 10 S. 25 E. 2.2). Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens (Medas-Gutachten sowie mono- und bidisziplinäre Gutachten) können der IV-Stelle nur dann überbunden werden, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin auf das Medas-Gutachten vom 21. November 2018 (act. II 133.1 ff.) inklusive Beantwortung von Zusatzfragen vom 27. März 2019 (act. II 146 S. 2 ff.) ab, welche medizinischen Dokumente mit Blick auf die zu klärenden Tat- und Rechtsfragen in einigen Punkten der Ergänzung bedurften (vgl. Schreiben des Instruktionsrichters vom 19. Februar 2020). Damit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine ergänzende Stellungnahme einzuholen, weshalb – der dargelegten höchstrichterlichen Praxis folgend – die Kosten der Stellungnahme von Dr. med.

J.\_\_\_\_\_ bzw. der Medas vom 10. März 2020 von Fr. 2'481.30 (vgl. Rechnung vom 23. April 2020 [in den Gerichtsakten]) der Verwaltung zu überwälzen sind.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Auch der Untersuchungsmangel der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es nicht, sie trotz ihres Obsiegens ausnahmsweise zur Bezahlung einer Parteientschädigung an den Beschwerdeführer zu verpflichten (Entscheid des BGer vom 8. April 2020, 8C\_641/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.3.2). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Die Kosten für die Erläuterung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (Medas) vom 10. März 2020 in der Höhe von Fr. 2'481.30 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin 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 öf-

fentlich-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.