

200 22 252 IV  
WIS/BRO/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. Mai 2023**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiberin Brunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. März 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1977 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2019 unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte diverse medizinische und erwerbliche Abklärungen, insbesondere veranlasste sie eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung durch die MEDAS (MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 [AB 50.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 27. Mai 2021 (AB 53) stellte die IVB eine vom 1. Mai bis 31. August 2020 befristete ganze Rente in Aussicht und verneinte einen darüber hinausgehenden Rentenanspruch. Nachdem der Versicherte Einwand erhoben hatte (AB 63 S. 3, 69), holte die IVB eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (AB 75). Gestützt darauf sprach die IVB mit Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.) wie im Vorbescheid angekündigt für die Zeit vom 1. Mai bis 31. August 2020 eine befristete ganze Rente zu.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B. \_\_\_\_\_ vom B. \_\_\_\_\_, am 28. April 2022 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 18. März 2022 sei insofern aufzuheben, als die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären sowie das Invalideneinkommen korrekt zu ermitteln seien. Sodann sei ihm eine unbefristete Rente zuzusprechen.

Am 31. Mai 2022 reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Stellungnahme vom 23. Juni 2022 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest.

Am 21. März 2023 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. März 2023 wies die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung bei Rückweisung zur weiteren Abklärung hin und bot ihm Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. zum Rückzug der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 20. April 2023 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er an der Beschwerde festhalte.

## **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungs-befugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der generelle Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung zu prüfen.

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegen der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs sowie der von der Verwaltung angenommene einzige Revisionsgrund (vgl. AB 77 S. 5) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. AB 1), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen

[BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**2.4** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invali-

Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand respektive zur Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. August 2019 (AB 11 S. 9 f.) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit wechselnd latenter Suizidalität, sowie eine einfache Aufmerksamkeitsstörung mit Beginn in der Kindheit und sekundärer Angststörung und Zwangsgedanken diagnostiziert (S. 9). Bereits leichte Belastungen wie zum Beispiel Mails vom Arbeitgeber führten regelmässig zu erneuter Dekompensation, die eine suffiziente Besserung des Gesundheitszustandes verhinderten. In diesem Zusammenhang würden immer wieder notfallmässige Stabilisierungen gemeinsam mit dem Hausarzt notwendig. Mit der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit könne dennoch gerechnet werden (S. 10).

Im Bericht vom 23. Januar 2020 (AB 22) bestätigte die behandelnde Psychiaterin die gestellten Diagnosen im Wesentlichen (S. 4 Ziff. 2.5) und legte in Bezug auf die Funktionseinschränkungen dar, es bestehe eine Einschränkung sämtlicher exekutiver Funktionen, bedingt durch eine eingeschränkte Steuerung derselben. Dies habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine schwerwiegend unzureichende Priorisierung bewirkt, sodass eine Abgrenzung zu Tätigkeiten anderer nicht erfolgt sei und es so zu einer chronischen Überforderung und unzureichender Strukturierung geführt habe. Die jeweiligen Aufgaben seien dabei zusätzlich rezidivierend über dem geforderten Niveau erfüllt worden (S. 6 Ziff. 3.4). Unter einer intensiven und ausreichend langen, sowohl die neurobiologischen Besonderheiten als auch die ausgeprägte neurotische Erkrankung berücksichtigenden, Therapie könne von einer guten Prognose ausgegangen werden (S. 7 Ziff. 4.3). Es handle sich um eine lange nicht erkannte Aufmerksamkeitsstörung. Dies habe in Kombination mit der Lebensgeschichte zu einer schweren Erkrankung mit rezidivierenden schweren depressiven Episoden mit nahezu durchgehender Suizidalität, ausgeprägten regressiven Mustern, Angst mit Dissoziation und Zwangsgedanken sowie maligner Über-ich-Pathologie geführt. Die Schwere und Symptomatik erinnere an eine ängstlich-vermeidende und narzistische Persönlichkeitsstörung. Die Komorbidität von Aufmerksamkeitsstörung und neurotischer Erkrankung mit teils erheblicher Einschränkung der exekutiven Funktionen, beide lange unerkannt und nicht behandelt, führe zu der erheblich erschwerten Behandlung. Die Pharmakotherapie habe nicht nur eine deutlich eingeschränkte Wirksamkeit, sie könne wegen der Nebenwirkungen (bei Aufmerksamkeitsstörungen häufig) nicht suffizient eingesetzt werden. Der hohe Leidensdruck führe immer wieder zu akuter Suizidalität, die äusserst ernst zu nehmen sei und auch vom Patienten entsprechend erlebt werde. Suizidhandlungen mit ernsthaften Folgen für die körperliche, geistige und seelische Gesundheit könnten intermittierend nicht ausgeschlossen werden, weshalb die enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt erfolge (S. 7 Ziff. 5).

**3.1.2** Der Beschwerdeführer war vom 26. Februar bis 8. April 2020 in der D.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 28. April 2020 (AB 30 S. 2 ff.) stellten die behandelnden Ärzte als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

und als Nebendiagnosen eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine Erschöpfungssymptomatik (ICD-10 Z73), akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch, vermeidend, abhängig; ICD-10 Z73), einen Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E55.9), eine muskuläre Dysbalance: mehrere Lokalisationen (ICD-10 M62.8), sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome (ICD-10 G44.8) sowie periodische Beinbewegungen im Schlaf (ICD-10 G25.8). Beim Beschwerdeführer habe sich eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung und eine Erschöpfungssymptomatik gezeigt. Deutlich seien auch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit anankastischen, vermeidend-selbstunsicheren und abhängigen Anteilen geworden. Ausserdem bestehe eine Aufmerksamkeitsstörung. Zentral für die Ausbildung dieser Symptomatik erscheine eine Selbstwertthematik, wobei der Patient mittels ausgeprägter Leistungsorientierung und Ausrichtung an den Erwartungen anderer versuche, eigene Bedürfnisse nach Anerkennung und Zugehörigkeit zu erfüllen und sich gegen Insuffizienzerleben zu schützen. Wichtig in der Entstehung der Symptomatik erscheine auch die Aufmerksamkeitsstörung, die der Patient in Mustern zu kompensieren versuche. Ebenfalls als bedeutsam zu erwähnen sei die Belastung mit deutlichen Ängsten und erheblichen Schlafstörungen seit der Kindheit. Mit der gesamten Symptomatik sei eine latente Suizidalität verbunden, wobei sich der Patient während des Klinikaufenthaltes von akuter Suizidalität immer glaubhaft habe distanzieren können. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes habe sich eine leichte Verbesserung der Symptomatik gezeigt. Weiterhin sei der Patient jedoch affektiv labil, zeige eine deutliche, wenn auch leicht geringere depressive Symptomatik. Ebenso würden die Ängste fortbestehen und der Schlaf habe sich nach einer zwischenzeitlichen deutlichen Verbesserung wieder verschlechtert. Dem Beschwerdeführer werde bis zum 22. April 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2 f.).

**3.1.3** Im MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 50.1 ff.) stellten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1). Die bestehenden leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen seien der Depression zuzuschreiben (AB 50.1 S. 9 Ziff. 4.2 und S. 10

Ziff. 4.8). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden zudem akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaften (leistungsbetonten, selbstunsicheren) Anteilen (ICD-10 Z73.1 [S. 9 Ziff. 4.2]). Aus psychiatrischer Sicht beeinflusse die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, die Arbeitsfähigkeit des Exploranden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... in einem ... könne aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden. In einfacheren ... Tätigkeiten ohne Führungsaufgaben und ohne hohe Belastungsspitzen bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 %. Aus neuropsychologischer Sicht seien aufgrund der leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen Aufgaben mit leicht unterdurchschnittlichen bis durchschnittlichen Reaktionsanforderungen geeignet. Aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht bestehe eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und von 80 % in einer einfachen ... Tätigkeit ohne Führungsaufgaben und ohne hohe Belastungsspitzen. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit Juni 2020. Von Mai 2019 bis Juni 2020 sei die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit aufgehoben gewesen (S. 9 f. Ziff. 4.3 und Ziff. 4.6 f.). Die Gesamtarbeitsunfähigkeit sei in erster Linie durch die rezidivierende depressive Störung begründet. Die leichte neuropsychologische Funktionsstörung werde auch der Depression zugeschrieben (S. 10 Ziff. 4.8). Eine Intensivierung der antidepressiven Therapie sei angezeigt. Auch die Schlafmedikation sollte angepasst werden. Es sei davon auszugehen, dass unter einer Intensivierung der antidepressiven Therapie sich das depressive Zustandsbild verbessern würde. Ob dadurch die Arbeitsfähigkeit tatsächlich verbessert werden könne, sei schwierig vorauszusehen. Eine Intensivierung der antidepressiven Therapie sei dem Exploranden ohne weiteres zumutbar (S. 10 f. Ziff. 4.9).

**3.1.4** In der RAD-Stellungnahme vom 12. Februar 2022 (AB 75 S. 2 f.) legte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D), dar, grundsätzlich seien die Feststellungen im vorliegenden Gutachten (vgl. AB 50.1 ff.) hinsichtlich der Diagnosen und der daraus resultierenden leichten Fähigkeitsbeeinträchtigungen zum Zeitpunkt der Untersuchung nachvollziehbar. Neben dem Vorliegen einer rezidivierend depressiven Störung leicht bis mittelgradigen Ausprägungsgrades sei auch das Vor-

liegen einer Persönlichkeitsakzentuierung festgestellt worden. Grundsätzlich sei auch das mögliche Vorliegen einer ADHS diskutiert und diese gerade im Zusammenhang mit den lediglich leichten kognitiven Beeinträchtigungen ausgeschlossen worden. Zu betonen sei, selbst wenn ein ADHS vorliegen würde, hätte dieses lediglich einen leichten funktionellen Schweregrad, da die kognitive Leistungsfähigkeit nicht in mittelschwerer oder schwerer Weise objektiv beeinträchtigt sei (S. 2).

**3.1.5** Im Bericht vom 30. Mai 2022 (Beschwerdebeilage [BB] 3) erläuterte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen, das MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 50.1 ff.) zeige, dass die Gutachter keine besonderen Kenntnisse bezüglich ADHS vorwiesen. Zudem seien viele Fragen vage (statt konkret), nicht oder nicht entsprechend der Fragestellung beantwortet worden (S. 1). Die medizinische Einschätzung der Gutachter differiere von jenen der vorbehandelnden Ärzte. Im Gegensatz zu den Gutachtern würden diese den Beschwerdeführer seit einigen Jahren bzw. einigen Wochen untersuchen und behandeln. Die Gutachter hätten den Beschwerdeführer jedoch lediglich eine oder zwei Stunden an einem Tag gesehen und untersucht. Die Vorbehandler würden die medizinische Problematik deutlich genauer kennen, während die Gutachter sich mit der Momentaufnahme begnügt hätten. Wenn eine solche Momentaufnahme mit den Vorberichten übereinstimme, sei eine so kurze gutachterliche Untersuchung nachvollziehbar. Im vorliegenden Fall divergierten die Einschätzungen von den vorbehandelnden Ärzten jedoch massiv. Es gebe keinen Hinweis, dass die Gutachter bei Differenzen zu Voranamnesen konkret nachgefragt hätten. Um eine ADHS zu diagnostizieren, benötige ein Facharzt nicht nur spezifisches Wissen bezüglich ADHS, sondern auch Training, um Auffälligkeiten in der Anamnese und in Tests konkret zu untersuchen (nachzufragen etc.). Es gehöre auch das Wissen dazu, dass es viele Patienten mit einem ADHS gebe, welche gerade in den neuropsychologischen Tests besonders gut abschnitten (S. 2).

In der Anamnese des neuropsychologischen Gutachters ergäben sich bereits Hinweise auf eine ADHS. Die Angaben des Beschwerdeführers seien jedoch nicht auf ADHS-spezifische Details untersucht worden. Dazu wäre eine gezielte Nachfrage auf bestimmte Angaben des Beschwerdeführers

notwendig gewesen. Auf diese Weise habe der Gutachter die Pathologie nicht erfasst und einen scheinbar fähigen Menschen erlebt, der nur nicht ausreichend therapiert worden sei. Obwohl es in den neuropsychologischen Testungen Hinweise auf eine ADHS gegeben habe, habe der neuropsychologische Gutachter diese mit der unzureichenden Anamnese und bei der Komplexität der Erkrankung nicht einordnen können. Obwohl es viele Hinweise in der oberflächlichen Anamnese und Auffälligkeiten in den Tests gebe, habe der Gutachter eine ADHS verneint und stattdessen angegeben, er könne die Genese der neurokognitiven Defizite nicht klar bestimmen. Statt die ADHS durch einen Kollegen mit speziellen Kenntnissen bezüglich ADHS abklären zu lassen, belasse es der Gutachter dabei, dass die Ergebnisse der Testung und seine Untersuchung nicht eingeordnet werden könnten. Die Beurteilung des neuropsychologischen Gutachters könne so nicht verwertet werden (S. 3 f.).

Die anamnestischen Angaben im ärztlichen Teil des Gutachtens seien ausserordentlich oberflächlich und kurz. Der ärztliche Gutachter beschreibe eine nahezu harmlose Anamnese, obwohl es schon in der Jugend psychiatrische Behandlungen gegeben habe. Auch am Arbeitsplatz oder privat scheine es keine wirklich ernsthaften Komplikationen gegeben zu haben. Offensichtlich habe es keinerlei professionelles Nachfragen gegeben. Von einem Facharzt, der ein Gutachten erstelle, sei dies jedoch zu erwarten. Zudem habe die psychiatrische Untersuchung gemäss Angabe des Beschwerdeführers ungefähr 75 Minuten gedauert. In dieser Zeit sei es selbst einem erfahrenen Experten für ADHS nicht möglich, die Diagnose einer ADS oder ADHS zu stellen. Wenn noch komorbide Erkrankungen wie Persönlichkeitsakzentuierung und -störung vorlägen, so sei die diagnostische Differenzierung, inwieweit mehrere Störungen vorlägen oder eine Störung sich in dieser Form zeige, nicht in einer einzigen Sitzung und in so kurzer Zeit möglich (S. 4 f.). Die psychiatrische Anamnese, wie sie der ärztliche Gutachter wiedergebe, sei falsch (S. 6 oben). Die Herleitung der Diagnosen zeige eine oberflächliche Auflistung von anamnestischen Angaben mit Hypothesen bezüglich der Ursache der Depression. Es seien jedoch weder die ICD-10-Kriterien noch die DSMV-Kriterien oder sonstige Untersuchungsbefunde diskutiert worden (S. 7).

**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).

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

**3.2.2** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Dem MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 50.1 ff.), das als Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.) dient, kommt kein hinreichender Beweiswert für eine abschliessende Beurteilung der sich vorliegend stellenden Fragen zu. So genügt es rechtsprechungsgemäss nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine

Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54). Genau dies hat der psychiatrische Gutachter jedoch unterlassen, indem er bezüglich der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers einzig anführte, dieser sei in seiner Tätigkeit mit Leistungsaufgaben aufgrund der Depression beeinträchtigt (AB 50.2 S. 8 Ziff. 7.3.3 in fine), und hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit lediglich darlegte, aufgrund der Depression bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 9 Ziff. 8.2.3). Aufgrund welcher erhobener Befunde der Experte den Schluss auf eine Einschränkung zog, ergibt sich denn auch nicht aus dem Gutachten, erhob er doch bis auf die herabgesetzte Stimmung, den Lebensverleider und die Suizidgedanken weitestgehend unauffällige Befunde (vgl. S. 5 Ziff. 4.3). In diesem Zusammenhang ist zudem daran zu erinnern, dass grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55). Die Gutachter stellten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1; AB 50.1 S. 9 Ziff. 4.2). Ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten ist dies rechtsprechungsgemäss nicht als schwere psychische Krankheit zu definieren (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55). Es wäre Aufgabe des psychiatrischen Gutachters gewesen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Da in concreto jedoch allenfalls eine relevante Komorbidität in Form akzentuierter Persönlichkeitszüge mit zwanghaften (leistungsbetonten, selbstunsicheren) Anteilen (ICD-10 Z73.1 [AB 50.1 S. 9 Ziff. 4.2]) besteht, der Gutachter es aber unterliess, sich zu allfälligen Wechselwirkungen zwischen dem depressiven Geschehen und den akzentuierten Persönlichkeitszügen zu äussern, kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, weshalb durch eine Intensivierung

der antidepressiven Therapie und Anpassung der Schlafmedikation sich das depressive Zustandsbild des Beschwerdeführers zwar verbessern lassen soll, jedoch schwierig vorausszusehen sein soll, ob sich dadurch die Arbeitsfähigkeit tatsächlich verbessern lässt (so jedoch der psychiatrische Gutachter: AB 50.1 S. 10 f. Ziff. 4.9, 50.2 S. 9 Ziff. 8.3.1), obwohl gerade nur der depressiven Störung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (AB 50.1 S. 9 Ziff. 4.2, 50.2 S. 6 Ziff. 6.1 f.). Eine Intensivierung der Therapie scheint angezeigt.

**3.4** Da das MEDAS-Gutachten vom 9. März 2021 (AB 50.1 ff.) hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht überzeugt, kann darauf nicht abgestellt werden, unabhängig davon, ob es in diagnostischer Hinsicht nachvollziehbar ist oder nicht (zur diesbezüglichen Rüge vgl. Beschwerde S. 3 f.). Es bleibt sodann festzuhalten, dass auch die übrigen medizinischen Akten keine Grundlage für eine abschliessende Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bieten. Folglich ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt, und es sind weitere Abklärungen vorzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass das therapeutische Potential nicht ausgeschöpft scheint (vgl. AB 50.1 S. 10 f. Ziff. 4.9, 50.2 S. 9 Ziff. 8.3.1) und eine erneute Begutachtung namentlich erst nach Intensivierung der (zu kontrollierenden) antidepressiven Therapie erfolgen kann, sodass die Anordnung eines Gerichtsgutachtens ausser Betracht fällt (vgl. THOMAS FLÜCKIGER, Welchen Beitrag leisten die Gerichte zur Effektivität des Rechtsschutzes im Sozialversicherungsrecht?, in: FUHRER/KIESER/WEBER [Hrsg.], Mehrspuriger Schadenausgleich, 2022, S. 1117). Folglich ist die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird zunächst mögliche Behandlungsoptionen zu prüfen haben. Sodann wird sie den Beschwerdeführer mittels des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (Art. 21 Abs. 4 ATSG respektive Art. 7 IVG) aufzufordern haben, sich adäquaten Behandlungsmassnahmen zu unterziehen und entsprechende Kontrolltermine wahrzunehmen. Alsdann wird sie bei einer mit dem Beschwerdeführer noch nicht befassten Institution ein weiteres psychiatrisches Gutachten anzuordnen und hiernach über den Rentenanspruch erneut zu befinden haben.

#### 4.

**4.1** Die Beschwerdegegnerin wird auch hinsichtlich des Valideneinkommens weitere Abklärungen zu tätigen haben. Denn sie ging beim Valideneinkommen vom 90 %-Einkommen pro 2019 gemäss Arbeitgeberbericht aus und rechnete dies auf ein Vollzeitpensum hoch (AB 77 S. 5 i.V.m. AB 16 S. 3 Ziff. 2.10). Analog zu den Grundsätzen bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist dieses Vorgehen jedoch nur zulässig, wenn erstellt ist, dass eine entsprechende 100 %-Stelle bestand und vom Beschwerdeführer hätte besetzt werden können. Demnach erweist sich auch der erwerbliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, und die Beschwerdegegnerin wird bei der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers nachfragen müssen, ob eine solche Stellenbesetzung möglich gewesen wäre (vgl. THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrades, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 33).

**4.2** Abschliessend ist aus prozessökonomischen Gründen bereits festzuhalten, dass – entgegen in der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2022 geäusserten Ansicht (S. 3 f. Ziff. 10) – das Einkommen des Beschwerdeführers in den Jahren 2015 bis 2019 keinen starken Schwankungen im Sinne der Rechtsprechung (SVR 2022 IV Nr. 37 S. 122 E. 3.2) unterlag. Der Beschwerdeführer arbeitete ab Juni 2015 bei der Stiftung F. \_\_\_\_\_ (AB 1 S. 7 Ziff. 5.4, 8 S. 2) und erzielte in der Zeit von Juni bis Dezember 2015 einen Lohn von Fr. 52'158.-- (AB 8 S. 2) und demnach Fr. 7'451.15 (Fr. 52'158.-- / 7 Monate) pro Monat (inkl. Anteil 13. Monatslohn), was bei einer ganzjährigen Tätigkeit einem Lohn von **Fr. 89'413.80** (Fr. 7'451.15 x 12 Monate) entsprochen hätte. Im Jahr 2016 und 2017 war er ganzjährig bei der Stiftung F. \_\_\_\_\_ tätig und erzielte dabei ein Jahreseinkommen von **Fr. 88'210.--** (2016) respektive **Fr. 93'187.--** (2017 [AB 8 S. 2]). Im Jahr 2018 arbeitete der Beschwerdeführer in den Monaten Januar bis März in einem Pensum von 100 % und in den übrigen Monaten wiederum in einem Pensum von 90 % und erzielte dabei ein Jahreseinkommen von Fr. 106'080.20 (AB 17.2). Hätte er auch im Jahr 2018 ganzjährig in einem Pensum von 90 % gearbeitet, so hätte sein Jahreslohn **Fr. 98'348.25** (Fr. 7'565.25 [AB 17.2] x 13) betragen. Im Jahr 2019 betrug der Monatslohn des Beschwerdeführers sodann Fr. 7'628.85 (AB 16 S. 3 Ziff. 2.10, 17.1).

Mithin hätte – bei einer ganzjährigen Tätigkeit für die Stiftung F. \_\_\_\_\_ – der Jahreslohn bei einem Pensum von 90 % **Fr. 99'175.05** (Fr. 7'628.85 x 13) betragen. Aus dem hiervor Dargelegten erhellt, dass seit 2015 stabile Lohnverhältnisse mit jährlichen Lohnerhöhungen vorlagen. Alleine aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2018 während drei Monaten mit einem 100 % Pensum arbeitete, können keine starken Schwankungen abgeleitet werden.

## 5.

Nach den vorstehenden Ausführungen erweist sich sowohl der rechtserhebliche medizinische als auch der erwerbliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch verfüge.

## 6.

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

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

**6.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine

Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 14. Juli 2022 und ergänzter Kostennote vom 10. Mai 2023 macht lic. iur. B. \_\_\_\_\_ bei einem zeitlichen Aufwand von 12.55 Stunden ein Honorar von Fr. 1'631.50 (12.55 Stunden à Fr. 130.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 65.25 und MWST von Fr. 130.65 (7.7 % von Fr. 1'696.75), mithin total Fr. 1'827.40 geltend, was nicht zu beanstanden ist. Zusätzlich aufgeführt werden Kosten von Fr. 2'254.90 für den Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 30. Mai 2022 (BB 3). Der nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2022 (AB 77 S. 2 ff.) datierende Bericht der behandelnden Psychiaterin führte nicht zu entscheiderelevanten neuen Erkenntnissen, womit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die diesbezüglichen Kosten nicht zu ersetzen hat. Die von der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzende Parteientschädigung ist somit auf Fr. 1'827.40 (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. März 2022 aufgehoben und die Sache an die

Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'827.40 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.