

200 15 108 IV  
SCP/SHE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Dezember 2014



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1956 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 23. Mai 2012 mit Hinweis auf eine seit Dezember 2011 bestehende Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese tätigte in der Folge Abklärungen medizinischer und erwerblicher Art. Insbesondere sprach sie dem Versicherten Integrationsmassnahmen (Aufbautraining [AB 34, 38] sowie Wirtschaftsnah Integration mit Support am Arbeitsplatz [WISA; AB 44, 50]) und Taggelder (AB 36) zu. Weiter liess sie den Versicherten durch Gutachter der C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS) untersuchen. Gestützt auf deren neuropsychologisch-psychiatrisches Gutachten vom 9. Juli 2014 (AB 64.1/2) sowie den Abklärungsbericht Haushalt vom 8. September 2014 (AB 71/2) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 17. September 2014 (AB 72) bei einem Invaliditätsgrad von 30% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte (AB 73) sowie ein Sozialarbeiter (AB 74) und Psychiater (AB 77) der Klinik D.\_\_\_\_\_ Einwände. Nach Einholung von Stellungnahmen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 17. November 2014 (AB 80) sowie des Abklärungsdienstes vom 10. Dezember 2014 (AB 82) entschied die IVB mit Verfügung vom 17. Dezember 2014 (AB 84) wie im Vorbescheid angekündigt.

### **B.**

Mit Eingabe vom 2. Februar 2015 erhob der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es seien die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt neu abkläre und über den Leistungsanspruch neu verfüge. Der Beschwerde beigelegt waren Stellungnahmen und Beurteilungen der Klinik D.\_\_\_\_\_ (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3-5).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Dezember 2014 (AB 84). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

## 2.

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

### **3.**

**3.1** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der den Beschwerdeführer seit 1998 behandelnde Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 14. August 2012 (AB 19) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein psychisches Leiden sowie eine seit 1998 bestehende koronare Herzkrankheit (S. 2 Ziff. 1.1). Körperlich sei der Beschwerdeführer ausser einer etwas verminderten Leistungsfähigkeit zur Zeit beschwerdefrei (S. 3 Ziff. 1.4). Vorwiegend bestünden psychische Einschränkungen (S. 4

Ziff. 1.7). Ausser, dass ihm keine schweren Arbeiten (wie Arbeiten im Baugewerbe etc.) möglich seien, bestünden aus somatischer Sicht keine sonstigen Einschränkungen (S. 6).

**3.1.2** Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012 (AB 22) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit November 2011 bestehende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-F32.11) diagnostiziert (S. 2 Ziff. 1.1). Derzeit bestünden neben einer leichtgradig verminderten Konzentration und einem verminderten Antrieb eine erhöhte Erschöpfung durch die bestehende Durchschlafstörung. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem zeitlichen Rahmen von 80-100% noch zumutbar. Dabei bestehe aufgrund der derzeit vorhandenen depressiven Symptomatik eine verminderte Leistungsfähigkeit um ca. 20% (S. 7 Ziff. 1.7). Nach Erreichen der Remission der depressiven Symptomatik könne wieder mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 100% gerechnet werden (S. 8 Ziff. 1.9).

Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2014 (AB 53) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- rezidivierende endogene Depression (ICD-10 F33.1) seit 20 Jahren, aktuell zunehmende Symptomatik
- anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5), Differentialdiagnose Zwangsstörung mit Zwangsgedanken (ICD-10 F42.0) seit der Präpubertät
- Status nach akutem Myokardinfarkt (ICD-10 I21) 1998, koronare Herzkrankheit
- arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) seit über 20 Jahren
- Hypercholesterinämie (ICD-10 E78) seit ca. 20 Jahren (S. 1 Ziff. 1.1).

Durch die ausgeprägte Störung der Aufmerksamkeit/Vigilanz im Rahmen der Kombination aus rezidivierender endogener Depression und anankastischer Persönlichkeitsstörung bzw. Zwangsstörung würden sich Hindernisse des Arbeitsgedächtnisses dahingehend ergeben, dass der Beschwerdeführer längerdauernde Arbeiten nur unzureichend vollenden könne. Ursächlich hierfür seien manifeste Zwangsgedanken. Weiter sei zu bedenken, dass die körperliche Leistungsfähigkeit bei einem Stand nach Herzinfarkt eingeschränkt sei. Die bisherige Arbeit sei nur noch zu 50% zumutbar. Er könne einen Arbeitsblock täglich leisten. Der anschliessende Nachmittag wäre zu viel (S. 3 Ziff. 1.7).

**3.1.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im RAD-Bericht vom 26. März 2014 (AB 59) aus, obwohl die in den medizinischen Unterlagen jetzt ausgewiesenen Diagnosen nicht völlig zu überzeugen vermöchten, würden die psychiatrischen Einschätzungen dennoch weitgehend mit den in der beruflichen Abklärung gemachten Erfahrungen bezüglich einer eingeschränkten Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers korrelieren. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei anhand der Diagnose gemischte Zwangsstörung (ICD-10 F42.2) nachvollziehbar begründet. Rolle und Umfang der postulierten, aber nicht umfassend abgeklärt erscheinenden, neurokognitiven Defizite könnten im Hinblick auf die Einschränkung der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit nicht ohne weiteres abschliessend eingeschätzt werden. Dagegen könne die Frage nach aktuell vorliegenden somatisch begründeten Einschränkungen der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der fehlenden Belege für eine Verschlechterung und bei subjektiver Beschwerdefreiheit als unplausibel verneint werden. Zur Klärung der offenen Fragen sei eine psychiatrisch-neuropsychologische Abklärung angezeigt (S. 4 f.).

**3.1.4** Im neuropsychologisch-psychiatrischen MEDAS-Gutachten vom 9. Juli 2014 (AB 64.1/2) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, unsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61.0) diagnostiziert (AB 64.1/14 Ziff. 5.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) sowie eines Status nach Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2) gestellt (Ziff. 5.2). Beim Beschwerdeführer liege durch die Persönlichkeitsstörung eine Umständlichkeit und Zwanghaftigkeit vor, welche ihn in seinem Arbeitstempo und seiner Arbeitsbeweglichkeit verlangsamt. Dadurch resultiere eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30%. Tatsächlich weise die Arbeitsanamnese nach, dass er seit Jahrzehnten schon nur in diesem reduzierten Ausmass arbeite, sodass sich erkläre, dass die mässig ausgeprägte Persönlichkeitsstörung nicht zum langjährigen Arbeitsleben des Beschwerdeführers kontrastiere. Die leichte depressive Episode sei niederschwellig und beeinflusse nicht zusätzlich die Arbeitsfähigkeit. Die ergänzend durchgeführte neuropsychologische Untersuchung bestätige die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht, dass keine weitergehende kognitive Einbusse vorhanden

sei. Neuropsychologisch bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere, kognitiv nicht beanspruchende Arbeiten eine 70%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem verlangsamten Arbeitstempo. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit sei wahrscheinlich seit jeher anzunehmen (AB 64.1/15 Ziff. 6).

**3.1.5** Die Klinik D. \_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 28. Oktober 2014 (AB 77) zum Vorbescheid aus, die Depression bestehe schon seit vielen Jahren und sei Ursache für den Drogenkonsum, im Sinne eines Selbstbehandlungsversuchs, gewesen. Der Beschwerdeführer sei nun seit vielen Jahren drogenfrei. Jedoch seien die Spuren einer langjährigen Depression zusammen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur und einiger sich wieder manifestierenden posttraumatischen Belastungssymptomen heute noch deutlich zu sehen, nicht zuletzt deswegen, weil der Beschwerdeführer erst sehr spät eine adäquate Behandlung der Depression bekommen habe. Die nicht mehr vollständig therapierbare depressive Symptomatik sowie die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur würden aufgrund des angstbedingten Perfektionismus und einer Verlangsamung, was unter Stress noch zunehme, zu quantitativen Leistungseinbussen führen. Jede Neuorientierung, also auch die Annahme einer neuen Arbeitsstelle, bedinge für den Beschwerdeführer eine exponentielle Zunahme von Stress, was zu vermehrter quantitativer Leistungsabnahme führe und nicht mit seinen früheren, auf über Jahre aufgebauten Routinetätigkeiten basierenden Arbeitsstellen zu vergleichen sei. Weiter scheine die Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus auf einen halben Tag (vier Stunden) beschränkt zu sein, was wiederum vom aktuellen Arbeitgeber beurteilt worden sei und werde. Es bestehe eine 50%-ige Invalidität und dementsprechend betrage die Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt maximal 50%.

**3.1.6** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte in der RAD-Beurteilung vom 17. November 2014 (AB 80) aus, das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten sei umfassend und in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden, diskutiere IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschät-

zungen. In der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und bezüglich der daraus abgeleiteten Einschätzung der Einschränkung von Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit seien weitgehend nachvollziehbar. Die in der Stellungnahme der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 (AB 77) genannten medizinischen Gesichtspunkte seien teilweise bereits als im Gutachten plausibel widerlegt anzusehen (bspw. das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung) oder aber auch anhand der anamnestischen Angaben kaum nachvollziehbar (posttraumatische Störung, Drogenkonsum als Selbstbehandlung einer Depression; S. 2 f.).

**3.1.7** Gemäss dem psychodiagnostischen Abklärungsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2015 (BB 5) sind die DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) erfüllt. Die bestehende depressive Symptomatik mit Störungen der Affektregulation, negativem Selbstkonzept, interpersonellen Problemen sowie die Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen seien als Symptomatik der posttraumatischen Störung zu verstehen. Im Hinblick auf die jahrelang von der Mutter verübte psychische Misshandlung, welche mit dem Auffinden seines in der Badewanne ertrunkenen Vaters den Höhepunkt erreicht habe, handle es sich um ein komplexes Trauma (Typ-II Traumata), welches sich durch ausgeprägte dysfunktionale Grundüberzeugungen und oftmals diffuse, wenig klare Wiedererinnerungen an Traumatisierung auszeichne, wobei frühe traumatische Ereignisse oder Belastung in der Kindheit und Jugend mit schweren psychischen und physischen Erkrankungen sowie einer schlechten Therapieprognose assoziiert würden. Es bleibe noch abzuklären, inwieweit eine Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen, nicht anderweitig bezeichnet (ICD-10 F62.0) vergeben werden könne (S. 2).

In der Stellungnahme vom 30. Januar 2015 (BB 4) nahm die Klinik D. \_\_\_\_\_ Stellung zum bidisziplinären MEDAS-Gutachten. Es sei hinsichtlich der Depressionsanamnese unvollständig. Biographische Details seien nicht wahrheitsgemäss erfasst worden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers werde nur testtheoretisch begründet. Alle praktischen Erfahrungswerte würden vollständig ignoriert. Das Diagnosespektrum sei

um die posttraumatische Belastungsstörung bzw. Persönlichkeitsveränderung nach schwerer Belastung zu ergänzen (S. 2).

In der der Beschwerde beigelegten undatierten Stellungnahme äusserten sich die Klinik D.\_\_\_\_\_ zum bidisziplinären MEDAS-Gutachten sowie zum RAD-Bericht vom 17. November 2014. Der Tod des Vaters und die Dauerbelastung im Verhältnis mit der Mutter würden die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen. Die bestätigte depressive Störung dürfte jedoch von erheblich stärkerem Gewicht für die Leistungsfähigkeit sein, als die mittelgradige, reaktive Depression, welche vom psychiatrischen Gutachter diagnostiziert worden sei. Weiter würde im Gutachten über keinen Konzentrationsabbau während des Gesprächs berichtet, wobei ihres (Klinik D.\_\_\_\_\_) Erachtens hier der Hauptgrund für eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit liege. Was die neuropsychologische Begutachtung betreffe, seien diverse Fehler bei den Tests erfolgt, weshalb diese oder ähnliche Test zu wiederholen seien. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ folge im Bericht vom 13. November 2014 (AB 80) ausschliesslich dem bidisziplinären MEDAS-Gutachten.

**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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

### **3.3**

**3.3.1** Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer zufolge der durchgemachten koronaren Herzkrankheit (Myocardinfarkt 1998; vgl. u.a. Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2007 [AB 19/7]) in der vorliegend interessierenden Beurteilungsperiode beschwerdefrei war und ihm deswegen einzig schwere körperliche Tätigkeiten, wie etwas im Baugewerbe, nicht mehr möglich sind (vgl. AB 19/2).

**3.3.2** Unter den in E. 3.3.1 hiavor genannten Umständen lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einzig hinsichtlich der geltend gemachten psychisch-neuropsychologischen Beeinträchtigungen eine bidisziplinäre Abklärung veranlasst hat. Dies wird denn vom Beschwerdeführer zu Recht nicht kritisiert. Aus medizinischer Sicht stützt sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 17. Dezember 2014 (AB 84) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten der C. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2014 (AB 64.1/2). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2. hiavor), weshalb ihm uneingeschränkte Beweiskraft zukommt. Die Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen

sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet und werden durch die RAD-Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2014 (AB 80) bestätigt. Daran ändern die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände, dem Gutachten seien wegen Fehlern in den biographischen Angaben sowohl die nötige Sorgfalt als auch Beweiskraft abzusprechen (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 4.2), nichts, zumal diese Punkte wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Beschwerdeantwort S. 2), für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht relevant waren. Dass die psychiatrische Untersuchung lediglich 80 Minuten gedauert hat (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 4.3, act. II 64.1 S. 8), hat ebenfalls keine Minderung des Beweiswertes des MEDAS-Gutachtens zur Folge. Denn gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Juli 2009, 8C\_925/2008, E. 3.3) kommt es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Diese Kriterien erfüllt das psychiatrisch-neuropsychologische MEDAS-Gutachten sehr wohl und es kann zudem entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine Rede von einer mangelnden Struktur des Gutachtens sein. Von weiteren medizinischen Abklärungen kann entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. 4.7) abgesehen werden, zumal es sich um einen bereits erstellten medizinischen Sachverhalt handelt und von weiteren Abklärungen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

Aufgrund des voll beweiskräftigen psychiatrisch-neuropsychologischen MEDAS-Gutachtens ist der Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere, kognitiv nicht beanspruchende Arbeiten zu 70% arbeits- und leistungsfähig. Das Pensum kann vollschichtig umgesetzt werden mit einem verlangsamten Arbeitstempo. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit besteht seit jeher.

An diesen Schlussfolgerungen vermögen, wie nachfolgend gezeigt wird, weder die beschwerdeweise vorgebrachten Einwendungen noch die mit der Beschwerde eingereichten Berichte der Klinik D.\_\_\_\_\_ (BB 3-5) etwas zu ändern.

**3.3.3** Aus psychiatrischer Sicht besteht Einigkeit darüber, dass der Beschwerdeführer an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, unsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61.0) leidet, die sein funktionelles Leistungsvermögen zu beeinträchtigen vermag. Als Entstehungsbedingung dieser Störung wird denn auch - in Übereinstimmung mit den anamnestisch erhobenen Angaben - eine übertriebene Ordentlichkeit und Strenge in der Erziehung sowie Frustrierung kindlicher Triebbedürfnisse genannt (AB 53 S. 2 Ziff. 1.4). Dies überzeugt und es ist davon auszugehen, dass diese Störung auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht invalidisierenden Ausmasses ist. Sie äussert sich darin, dass der Beschwerdeführer seine Rituale abhalten muss, für ihn alles ordentlich sein muss, er genau arbeitet und sich keine Fehler erlaubt, was zu einer Verlangsamung des Arbeitsprozesses führt (AB 64.1/7-8 Ziff. 3.1.2), was im Grundsatz in den Ergebnissen der beruflichen Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen auch seine Bestätigung findet (vgl. u.a. Berichte der H.\_\_\_\_\_ vom 13. September 2013 [AB 45 S. 10] und vom 20. Februar 2014 [AB 56 S. 3]).

**3.3.4** Soweit die D.\_\_\_\_\_ nach Erlass des Vorbescheids erstmals posttraumatische Belastungssymptome nennen (vgl. AB 77) bzw. im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine posttraumatische Belastungsstörung erstmals diagnostizieren (BB 3-5), kann dem nicht gefolgt werden.

Eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 setzt rechtsprechungsgemäss voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach dem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung und katastrophentartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-

diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 208). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C\_228/2013 E. 4.1.2 f.). An dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht festgehalten, im Wissen, dass in der Fachliteratur darauf hingewiesen wird, in gewissen Fällen trete die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung erst mit erheblicher, zum Teil mehrjähriger Verzögerung auf (vgl. BGer 9C\_228/2013, E. 4.1.2).

Wie im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2015 (BB 5) einleitend ausgeführt wird, basiert die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung im vorliegenden Fall auf den Kriterien der DSM-IV. Im Unterschied zur vorliegend einzig relevanten Diagnostik der ICD-10 basiert die auf den DSM-IV basierende Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auf subjektiven Empfindungen und stellt nicht auf die objektive Schwere der erlittenen Bedrohung ab. Ein derart ausschliesslich subjektives Empfinden kann jedoch nicht massgebend sein für die Frage des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung. Zudem würde auch die Diagnose nach DSM-IV bei einer posttraumatischen Belastungsstörung einen extremen Belastungsfaktor voraussetzen (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 18. August 2009, 9C\_554/2009, E. 6). Ein solches Ereignis liegt hier jedoch nicht vor. Bereits aus diagnostischer Sicht erweist sich somit die Schlussfolgerung der psychodiagnostischen Abklärung, wonach die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 erfüllt seien, als fachlich nicht korrekt. Selbst wenn der Beschwerdeführer seinen Vater tot in der Badewanne aufgefunden haben sollte, vermag dies allenfalls ein Schreckereignis darzustellen, nicht jedoch eine Bedrohungssituation im Sinne der F43.1-Diagnostik zu begründen. Ebenso

wenig vermögen dies die Erlebnisse mit der als überstreng dominierend und kontrollierend beschriebenen Mutter (AB 64.1/7). Auffallend ist diesbezüglich, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei der Erhebung der Familienanamnese offenbar sachlich Auskunft erteilte, ohne hierbei für einen Psychiater in wahrnehmbarer Weise offenbar Erregungen oder andere vegetative Zeichen zu zeigen. Ebenso wird im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 31. August 2007 (AB 19/7) über den Krankheitsverlauf des Vaters sachlich berichtet.

Weiter ist festzuhalten, dass die im vorliegenden Fall diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung im Wesentlichen auf die von der Mutter des Beschwerdeführers jahrelang auf ihn „verübte psychische Misshandlung, welche ihren Höhepunkt mit dem Auffinden seines in der Badewanne ertrunkenen Vaters den Höhepunkt erreichte“ (vgl. BB 5 S. 2) basiert. Eine diesbezügliche längere Arbeitsunfähigkeit bis Dezember 2011 ist medizinisch nicht belegt. Somit fehlen im Zeitraum zwischen den geltend gemachten Vorfällen bis zu seinem Auszug mit 18.5 Jahre von zu Hause während rund 37 Jahren rechtsgenügende Hinweise auf eine regelmässige, wegen der psychischen Belastung der Mutter erforderlich gewordenen psychiatrischen Behandlung. Hiervon ausgenommen ist die nach dem Drogenentzug während zehn Sitzungen durchgeführte psychotherapeutische Behandlung (vgl. AB 64.1/7). Zudem war es dem Beschwerdeführer in dieser Zeit auch möglich, erfolgreich die Ausbildung zum ... zu absolvieren und die ... abzuschliessen. Der Beschwerdeführer vermochte schliesslich auch über Jahre hinweg ein leistungsbezogenes Arbeitspensum von 70% zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers zu erfüllen (AB 3 S. 4). Damit erweist sich die ausschliesslich auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers gestützte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 als nicht ausgewiesen.

**3.3.5** Was der Beschwerdeführer gegen den vom psychiatrischen Gutachter postulierten fehlenden Konzentrationsabbau (AB AB 64.1/9 Ziff. 3.2) vorbringt (Beschwerde S. 6 Ziff. 4.3), überzeugt nicht und muss auch in Anbetracht der Ergebnisse der beruflichen Abklärungsmassnahmen verneint werden. So zeigte er während der 80-minütigen psychiatrischen Exploration nie Zeichen von Konzentrationsschwäche. Würden bei ihm Kon-

zentrationsschwierigkeiten vorliegen, wäre nicht anzunehmen, dass er anlässlich der neuropsychologischen Testung derart gute Resultate erzielt hätte (AB 64.1/10-12 Ziff. 4.2). Auch beurteilte die Abklärungsstelle H. \_\_\_\_\_ in ihrem Abschlussbericht betreffend die vom 24. Juni bis 15. September 2013 bei einem 80%-igen Arbeitspensum ausgeführten Tätigkeiten (AB 45) die Konzentrationsfähigkeit als gut. Sie bestätigte sodann, dass sich der Beschwerdeführer auch bei monotonen Arbeiten über einen längeren Zeitraum konzentrieren kann und eine solide Leistung erbringt (S. 5).

**3.3.6** Soweit die Klinik D. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer depressiven Episode infrage stellen und eine eigentliche depressive Störung nicht mehr therapierbarem Ausmasses postulieren (AB 77 und BB 4), vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen. Gleich verhält es sich mit den vom Beschwerdeführer gemachten Aussagen, wonach er bereits nach Abschluss der ... und nach dem Herzinfarkt je eine depressive Phase erlitten habe (Beschwerde S. 7 Ziff. 4.5). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung gab der Beschwerdeführer unmissverständlich an, er sei erstmals in psychiatrischer Behandlung, hiervon ausgenommen sei der einmalige Besuch bei einem Psychiater betreffend Dienstuntauglichkeitsschreibung für den Militärdienst (AB 64.1/6 E. 3.1.2). Zudem war er anscheinend nach bzw. während dem Drogenentzug während zehn Sitzungen in psychotherapeutischer Behandlung (AB 64.1/7). Dass er bereits früher an einem relevanten - d.h. nicht bloss reaktiven - depressiven Leiden gelitten haben soll, wird erstmals im Rahmen des Vorbescheidverfahrens und alsdann im Beschwerdeverfahren geltend gemacht (AB 77 und BB 4). Gegen die Annahme, dass er nach dem erfolgreichen Abschluss der ... in eine Depression gefallen sei, sprechen die sachlich begründeten Angaben des Beschwerdeführers, wonach er damals zum Schluss gekommen sei, dass er keine Führungsrolle wahrnehmen wolle (AB 64.1/7). So hinderte es ihn denn auch nicht, weiterhin im ... zu arbeiten. Schliesslich ist auch dem Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2007 (AB 19/7) nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Zuge der Herzerkrankung in eine Depression gefallen wäre.

Was die Ausprägung der depressiven Episode betrifft, wird im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar begründet, dass das depressive Geschehen nur

leichten Ausmasses ist. Weiter ist davon auszugehen, dass das depressive Geschehen nicht als eigenständiges psychisches Leiden mit dauerhaften Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betrachtet werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Begleitsymptome der sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Persönlichkeitsstörung handelt. Somit ist mit den Gutachtern davon auszugehen, dass es sich bei dem 2011 aufgetretenen psychischen Leiden um eine leichte depressive Episode und nicht um eine rezidivierende depressive Störung handelt, was im Übrigen durch den früheren Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2012 (AB 22/2 Ziff. 1.1) bestätigt wird.

**3.3.7** Die Vorbringen des Beschwerdeführers gegen den neuropsychologischen Teil des MEDAS-Gutachtens (Beschwerde S. 6 Ziff. 4.4) überzeugen nicht. So bedurfte es mit Blick auf die Tatsache, dass die Konzentrationsfähigkeit nicht beeinträchtigt war (vgl. E. 3.3.5 hiervor), vorliegend keiner Testung der Daueraufmerksamkeit. Dass die neuropsychologische Untersuchung erhebliche Fehler aufweist, ist nicht nachvollziehbar, ist doch nichts daran auszusetzen, dass der Aufmerksamkeits-Belastungstest, nachdem ihn der Beschwerdeführer anfänglich sehr langsam und ohne Fehler ausführte, unterbrochen wurde um den Beschwerdeführer anzuweisen, die Arbeitsgeschwindigkeit auf Kosten der Arbeitsqualität zu steigern, womit er immer noch eine gut durchschnittliche Arbeitsqualität von 75% erzielte (AB 64.1/12). In diesem Rahmen wurde das verminderte Arbeitstempo bei der Konsensbeurteilung der MEDAS bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70% umfassend berücksichtigt.

**3.3.8** Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, dass die anlässlich der beruflichen Abklärung gewonnen Erkenntnisse von der Beschwerdegegnerin „in keinsten Weise“ gewürdigt worden seien (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 5). Im Gegenteil. So lagen den MEDAS-Gutachtern für die Erstellung des Gutachtens sämtliche diesbezüglichen Unterlagen (Berichte der Abklärungsstelle H. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2013 [AB 40], 13. September 2013 [AB 45], 5. Dezember 2013 [AB 51] und 20. Februar 2014 [AB 56]) vor. Dass die MEDAS nun zu einem anderen Schluss als die Abklärungsstelle H. \_\_\_\_\_ kommt, ändert daran nichts. Dem MEDAS-Gutachten ist denn auch nach-

vollziehbar zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zu 70% arbeitsfähig ist. Die Beschwerdegegnerin hat, wie dies gemäss Rechtsprechung (SVR 2013 IV Nr. 6 S. 15 E. 2.3.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Juli 2008, 9C\_833/2007, E. 3.3.2) bei offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zwischen der medizinischen Einschätzung und einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, verlangt wird, eine klärende medizinische Stellungnahme beim RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2014 (AB 80) eingeholt. Dieser legte nachvollziehbar dar, warum auf die medizinische gutachterliche Einschätzung einer 30%-igen Einschränkung abzustellen ist. So ist denn auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer während Jahren in der Lage war, zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers (vgl. u.a. AB 3/4) ein leitungsbezogenes Arbeitspensum von 70% zu erfüllen, wozu er allerdings - um seinen Zwang zum Perfektionismus nachzulegen - auch noch seine Freizeit beanspruchte (AB 71 S. 4) und damit effektiv ein höheres Arbeitspensum mit einem Rendement von 70% leistete. Dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ noch anlässlich des vom ihm am 26. März 2014 (AB 59) verfassten Berichts zum Schluss kam, dem Beschwerdeführer sei eine Erwerbstätigkeit nur noch im Umfang von 50% zumutbar (S. 5), ändert daran nichts, lagen zum damaligen Zeitpunkt doch die Erkenntnisse der MEDAS-Begutachtung noch nicht vor.

#### 4.

In der Folge ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen:

Aufgrund des massgeblichen interdisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 9. Juli 2014 (AB 64.1/2) ist der Beschwerdeführer wegen der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, unsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61.0) in seiner Leistungsfähigkeit zu 30% eingeschränkt. Er ist für leichte bis mittelschwere, kognitiv nicht beanspruchende Arbeiten zu 70% arbeits- und leistungsfähig. Das Pensum kann vollschichtig umgesetzt werden mit einem verlangsamten Arbeitstempo (AB 61.1/14-15 Ziff. 6).

Diese Einschätzung steht denn auch nicht im Widerspruch zu den Ergebnissen der H.\_\_\_\_\_ -Abklärung, war der Beschwerdeführer doch dort in der Lage, bei einem Pensum von 50% eine Leistung von 40% zu erbringen (AB 56 S. 3 Ziff. 6).

**4.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**4.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.3** Unter Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer seit jeher in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (AB 64.1/15 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) sowie der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) seit Einreichung der IV-Anmeldung vom 23. Mai 2012 (AB 2) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Oktober 2012. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2012 hin vorzunehmen.

**4.4** Im Lichte der bereits getätigten Ausführungen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen, der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit zu 100% erwerbstätig. Nach der Aktenlage ist denn auch erstellt, dass der Beschwerdeführer bei der I.\_\_\_\_\_ den von ihm bei einem 70%-igen Pensum erzielten Leistungslohn nur deshalb zu erreichen in der Lage war, weil er auch noch Arbeit zum Erledigen nach Hause nahm (AB 71 S. 4).

Ist davon auszugehen, dass sich die Persönlichkeitsstörung bereits bei Eintritt ins Berufsleben manifestierte, hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des hypothetischen Valideneinkommens zu Unrecht auf den Tabellenlohn für Hilfsarbeiter abgestellt. Vielmehr ist aufgrund der abgeschlossenen Berufsausbildung als ... und der absolvierten ... davon auszugehen, der Beschwerdeführer wäre im ... in leitender Position tätig. Abzustellen ist damit auf den Wert 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie) der Tabelle TA1 der LSE 2012 und hier auf das Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen). Damit fällt der monatliche Tabellen-Ausgangslohn von Fr. 5'362.-- nur unwesentlich höher aus, als derjenige des Totalwertes im Kompetenzniveau 1 (Fr. 5'210.--). Aufgerechnet auf ein Jahr angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Ziff. 55-56) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 68'204.65 (Fr. 5'362.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 42.4 Stunden).

**4.5** Was das Invalideneinkommen betrifft, ist aufgrund der Erkenntnisse im beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 9. Juli 2014 (AB 64.1/2) erstellt, dass der Beschwerdeführer seine verbleibende Restarbeitsfähigkeit mit einem Arbeitspensum zwischen 10 und 50% (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff.

6.2) nicht optimal umgesetzt. Daher und entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 9 f. Ziff. 6) ist das Invalideneinkommen aufgrund der LSE-Tabellenlöhne zu bestimmen. Gestützt auf den Totalwert im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE 2012 könnte er ein monatliches Einkommen von Fr. 5'210.-- erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) und unter Berücksichtigung der gutachterlich bestätigten Einschränkung von 30% in einer leidensbedingten Verweistätigkeit, ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 45'623.95 (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden x 70%). Hiervon ist gemäss den nachfolgenden Erläuterungen kein Abzug zu tätigen. Der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausgeführt werden können, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 doch bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Entscheid des BGer vom 5. April 2013, 8C\_99/2013, E. 4.1.3). Der Leistungseinbusse von 30% hat die Beschwerdegegnerin zudem mit einer Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 70% genügend Rechnung getragen. Auch der Beschäftigungsgrad rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, zumal der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit vollschichtig einsetzbar ist. Die sonstigen Einzelfallkriterien (vgl. E. 4.2) begründen keinen zusätzlichen Abzug, ist er doch Schweizer Bürger, kommen fehlenden Dienstjahren im untersten Kompetenzniveau im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014, E. 4.2) und werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 6. Mai 2008, 8C\_321/2007, E. 8.2.2).

**4.6** Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 68'204.65 dem Invalideneinkommen von Fr. 45'623.95 gegenüber, resultiert eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 22'580.70 (Fr. 68'204.65 - Fr. 45'623.95) bzw. ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 33% (Fr. 22'580.70 x 100 / Fr. 68'204.65).

**4.7** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht nicht Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (mit Eingabe vom 14. April 2016)

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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