

200 19 112 IV  
KNB/REL/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Mai 2021**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Bischof

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

gegen

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



betreffend Verfügung vom 4. Januar 2019

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist ausgebildeter ... und arbeitete zuletzt bis im Juni 2015 als ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 5). Er meldete sich am 20. April 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf psychische Probleme durch Gewaltverbrechen und Suizidversuche zum Leistungsbezug an (act. II 5). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und liess – nachdem aufgrund einer Ruptur der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne im September 2016 eine Akromioplastik links durchgeführt worden war (vgl. act. II 35 S. 9 f.) – ein polydisziplinäres (internistisches/chirurgisches/neurologisches/neuropsychologisches/psychiatrisches) Gutachten erstellen (Gutachtenszeitpunkt 17. Mai 2018 [act. II 70.1 bis act. II 70.5]). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 14. September 2018 (act. II 74) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels Vorliegens eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht. Nachdem der (damals) behandelnde Psychiater Stellung zum Vorbescheid genommen hatte (act. II 77), erhob der Versicherte am 29. November 2018 Einwand (act. II 80). Mit Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 83) wies die IVB das Leistungsbegehren ab.

Bereits mit Verfügung vom 13. Januar 2017 hatte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) für den Unfallversicherungsbereich Leistungen im Zusammenhang mit dem vom Versicherten geltend gemachten Ereignis vom 12. Juni 2015 abgelehnt und dies mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2017 bestätigt (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts vom 23. Mai 2017, UV/2017/316, Bst. A). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 23. Mai 2017 ab (UV/2017/316), da der Versicherte betreffend den 12. Juni 2015 keinen Unfall habe glaubhaft machen können und ein Schreckereignis ebenfalls nicht vorliege (vgl. E. 3.3). Das Bundesgericht trat auf die dagegen erhobene Beschwerde nicht ein (Entscheidung vom 7. Juli 2017, 8C\_469/2017).

**B.**

Gegen die Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 83) erhob der Versicherte – neu vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ – am 8. Februar 2019 (mit am 9. Februar 2019 nachgereichter "redaktionell bereinigter" Version) Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Anordnung eines neuen polydisziplinären Gutachtens. Eventualiter sei ihm eine Rente der IV zuzusprechen. Zudem seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Gleichzeitig stellt er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

In der Beschwerdeantwort vom 25. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 7. Mai 2019 liess der Beschwerdeführer weitere Unterlagen zu den Akten reichen.

In der Eingabe vom 16. September 2019 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu den neu eingereichten Akten und hielt an ihren Anträgen fest.

Am 9. April 2020 liess sich der Beschwerdeführer erneut vernehmen.

Die Beschwerdegegnerin reichte am 8. und 12. Juni 2020 dem Verwaltungsgericht zweimal den selben Bericht vom 13. Mai 2020 der neu behandelnden Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) – welche den Beschwerdeführer seit dem 10. Oktober 2019 behandelt – ein, der am 20. und 25. Mai 2020 bei ihr eingegangen war (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 1).

## **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 4. Januar 2019 (act. II 83). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.2** 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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **2.3**

**2.3.1** 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).

**2.3.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorga-

ben 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).

**2.3.3** 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. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

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

**2.4** Um den IV-Grad 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.5** 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).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der damaligen D.\_\_\_\_\_ AG vom 7. Dezember 2011 (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 3) hielten die Ärzte die Diagnosen einer CO-Intoxikation in suizidaler Absicht, einer psychosozialen Belastungssituation sowie einer leichtgradigen Thrombopenie fest. Der Beschwerdeführer habe sich selber nach einem missglückten Suizidversuch eingewiesen: Er habe sich mit Autoabgasen, die er ins Auto umgeleitet habe, umbringen wollen. Nach ca. fünf Stunden sei er somnolent geworden und habe den Motor noch abgestellt, bevor er eingeschlafen sei. Unter hyperbarer Sauerstofftherapie gehe es dem Beschwerdeführer zunehmend besser, die Blutgase normalisierten sich. Er erscheine auf dem Notfall weiterhin latent suizidal und werde auf freiwilliger Basis zur weiteren Therapie in die Klinik E.\_\_\_\_\_ verlegt (S. 2).

**3.1.2** Im Bericht der psychiatrischen Dienste E.\_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2012 (act. IA 8) zur stationären Behandlung vom 8. bis zum 29. Dezember 2011 nannten die Ärzte die Diagnosen einer vorsätzlichen Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Gase(n) und Dämpfe(n) (ICD-10: X67) und einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.29), nicht näher bezeichnet. Der Beschwerdeführer habe sich in der Nacht vom 6. zum 7. Dezember 2011 in suizidaler Absicht im Auto CO-intoxikiert.

**3.1.3** Im Bericht vom 30. Mai 2016 (act. II 18) diagnostizierten die (damals) behandelnden med. pract. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G.\_\_\_\_\_, Psychologin FSP, der Psychiatrische Dienste H.\_\_\_\_\_ eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Seit dem 3. Februar 2016 bis auf weiteres sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). Es könne mit einer schrittweisen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 25 % gerechnet werden, jedoch sei der entsprechende Zeitpunkt noch nicht abzuschätzen (S. 3).

**3.1.4** Im Bericht vom 13. Dezember 2016 (act. II 35 S. 5 f.) über die ambulante Konsultation am 24. Oktober 2016 nannte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Hauptdiagnose eines Status nach Schulterarthroskopie links, Rekonstruktion der Supraspinatussehne und der proximalen Infraspinatussehne, mit Weichteiltenodese der langen Bicepssehne, Acromioplasm-

tik am 16. September 2016 bei kompletter transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne und der proximalen Infraspinatussehne, symptomatische pathologische lange Bicepssehne. Es zeige sich ein guter Verlauf drei Monate postoperativ, der Beschwerdeführer sei insgesamt zufrieden mit dem Verlauf, es gehe schon deutlich besser. Die Kraft sei sicherlich noch aufzutrainieren.

**3.1.5** Im polydisziplinären Gutachten der J.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1) nannten die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung und Agoraphobie (ICD-10: F40.01 [S. 27]). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Refluxösophagitis mit Barrett-Ösophagus, eine Hyperurikämie, eine Thrombozytopenie, ein Verdacht auf arterielle Hypertonie, Nikotinkonsum (sistiert seit 7 Jahren), ein Status nach Commotio cerebri im November 2015, ein Status nach Schulterarthroskopie im September 2016, ein Status nach Acromioplastik am selben Tag sowie ein Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1).

Im Hauptgutachten hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, dass auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (act. II 70.1 S. 21). Auf rein allgemein-internistischem Fachgebiet bestehe keine Arbeitsunfähigkeit und habe auch keine bestanden, sowohl die angestammte Tätigkeit wie auch eine Verweistätigkeit sei medizinisch-theoretisch vollumfänglich möglich (S. 22 f.). Nach den mehrfach durchgeführten Ösophago-Gastro-Duodenoskopien zwischen 1990 und 2014 habe der Beschwerdeführer keine Beschwerden seitens des Magens mehr, der Appetit sei normal, keine Übelkeit und kein Erbrechen, das Körpergewicht sei konstant.

Auch Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, konnte in seinem Teilgutachten vom 19. Februar 2018 (act. II 70.2) auf seinem Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (S. 14). Es ergebe sich aus neurologischer Sicht keine medizinische Begründung einer Arbeitsunfähigkeit (S. 15).

In seinem Teilgutachten vom 27. Februar 2018 (act. II 70.3) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, dass keine Diagnosen mit Aus-

wirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen (S. 11) und dass sich aufgrund der gutachterlichen Untersuchung im orthopädischen chirurgischen Fachbereich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit ergebe (S. 12).

Aus neuropsychologischer Sicht legte lic. phil. N.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie, im Teilgutachten vom 27. März 2018 (act. II 70.4) dar, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 15). Ohne Auswirkung seien eine minimale neuropsychologische Störung sowie ein Status nach Comotio cerebri im November 2015. Aufgrund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sowie in jeglicher Verweistätigkeit nicht eingeschränkt (S. 16). Bei einer uneingeschränkten Arbeitspräsenz (8,4 Stunden an fünf Tagen pro Woche) könne der Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Leistung von 100 % erbringen. Die minimalen kognitiven Defizite könnten durch eine adäquat gestaltete Arbeitssituation ausreichend kompensiert werden. Dabei sollten die Aufgaben weitgehend seriell zu erledigen sein, die Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit gelte es gering zu halten, zu meiden seien Tätigkeiten mit vorgegebenem hohem Arbeitstakt.

Der Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Teilgutachten vom 13. Mai 2018 (act. II 70.5) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung und Agoraphobie (ICD-10: F40.01) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1 [S. 16]). Der Ausprägungsgrad der Panikstörung und Agoraphobie sei angesichts des durchaus noch strukturierten Tagesablaufs und erhaltenen Aktivitätsniveaus als leichtgradig zu beurteilen. Gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden ängstlichen (oder depressiven) Störung spreche indirekt auch das Fehlen einer suffizienten medikamentös-antidepressiven Behandlung (S. 17). In differenzialdiagnostischer Hinsicht hätten sich im psychopathologischen Querschnitt keine Anzeichen einer organisch oder schizophren bedingten psychotischen Störung ergeben. Eine Persönlichkeitsstörung sei angesichts eines unauffälligen schulischen und beruflichen Werdegangs im Sinne der ICD-10-Kriterien nicht zu diagnostizieren. Und gegen das Vorliegen einer depressiven Episode gemäss der ICD-10-Klassifikation spreche

das Fehlen einer depressiven Verstimmung, von Freudlosigkeit und von Antriebslosigkeit. Im Hinblick auf die in den Vorberichten diagnostizierte Posttraumatische Belastungsstörung sei festzuhalten, dass sich zum Untersuchungszeitpunkt kein syndromales Bild dargestellt habe, bzw. dass die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäss der ICD-10 nicht erfüllt seien. Wenn sich der Beschwerdeführer nicht an das Tatgeschehen erinnern könne, könne auch kein intrusives Erleben in Bezug auf das eigentliche Tatgeschehen (Trauma) bestehen. Ein kognitives Vermeidungsverhalten in Bezug auf das Trauma bestehe nicht, vielmehr komme der Beschwerdeführer selbst immer wieder auf dieses Thema zu sprechen. Aktendokumentiert sei zudem, dass auf der Verhaltensebene ein ausgeprägtes traumaassoziiertes Vermeidungsverhalten im Hinblick auf sexuelle Handlungen nicht bestanden habe. Zudem finde sich in den Akten kein objektiver Hinweis auf das Tatgeschehen. Sämtliche Befundberichte (und die daraus sich ergebenden diagnostischen Einschätzungen) basierten auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Die beschriebenen psychischen Beschwerden liessen sich zwanglos mit einer Agoraphobie und Panikstörung in Einklang bringen, ob diese als Restsymptomatik einer Traumafolgestörung oder auf eine andere Ursache zurückzuführen sei, könne aufgrund der vorliegenden Befundlage nicht zuverlässig beurteilt werden. Das aktuelle Laborergebnis decke sich zudem mit den Eigenangaben des Beschwerdeführers hinsichtlich eines weiterhin regelmässigen und durchaus nennenswerten Alkohol(über)konsums (S. 18). Die beschriebene Angstsymptomatik könne dabei durchaus auch im Zusammenhang einer übergeordneten Alkoholproblematik beurteilt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei in jeder den körperlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten des Beschwerdeführers angepassten (angestammten und angepassten) Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft von einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit (zeitliches Arbeitspensum von 100 %, Leistungsminderung von 30 %) auszugehen (S. 19). In Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die in den Vorberichten (vgl. act. II 18) aus psychiatrischer Sicht attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit vor dem Hintergrund einer nicht ausgewiesenen Posttraumatischen Belastungsstörung und einer zum Untersuchungszeitpunkt nur leichtgradig ausgeprägten psychischen Symptomatik und mitwirkender relevanter psychosozialer Hemmfaktoren nicht nachvollziehbar (act. II 70.5 S. 21).

Nach Konsensbesprechung hielten die Fachärzte fest, dass aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 % und in einer Verweistätigkeit von 30 % bestehe (act. II 70.1 S. 28). Dabei gelte das seitens des psychiatrischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne die zu begutachtende Person auch früher selbst untersucht zu haben, sei problematisch, da sich die Gutachter hierzu auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müssten. Auf der Grundlage der von den MEDAS-Gutachtern im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen Beurteilungen nur als teilweise nachvollziehbar (S. 29). Nach dem Gewaltverbrechen im Sommer 2015 könne man wohl aufgrund psychischer Probleme eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren, doch sollte danach wieder eine Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben. Danach sei der Beschwerdeführer im September 2016 an der Schulter operiert worden, was mit einer dreimonatigen 100 %igen Arbeitsfähigkeit habe einhergehen können. Danach sei der Beschwerdeführer jedoch wieder zu 70 % (gemäss der Bemessung der MEDAS-Gutachter) arbeitsfähig gewesen.

**3.1.6** Die (damals) behandelnden med. pract. F. \_\_\_\_\_ und die Psychologin G. \_\_\_\_\_ (nunmehr in eigener Praxis) nahmen in ihrem Schreiben vom 2. November 2018 (act. II 77) Stellung zum MEDAS-Gutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1) und zum Vorbescheid vom 14. September 2018 (act. II 74). Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer nicht – wie im Gutachten angenommen – seine ambulante Therapie abgebrochen habe. Diese werde vielmehr in ihrer Praxis weitergeführt. Aufgrund der Laborwerte könne nicht von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol bzw. einer Alkoholabhängigkeit im Sinne der ICD-10-Kriterien ausgegangen werden. Die Tatsache, dass das gerichtliche Verfahren zum Sexualdelikt "sistiert" worden sei, bedeute nicht, dass der Beschwerdeführer nicht Opfer davon gewesen sei, sondern dass zu wenig Beweise und keine Verdächtigen gefunden werden konnten. Die von ihm gezeigten Angstsymptome in gewissen Situationen sähen die Behandler nicht im Rahmen einer Angststörung, sondern vielmehr als Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Das Sexualdelikt erfülle die Kriterien eines belastenden Er-

eignisses von aussergewöhnlicher Schwere; auch wenn sich der Beschwerdeführer nicht an das ganze Verbrechen erinnere, seien die typischen Symptome vorhanden (S. 2). Zudem beständen neben der Posttraumatischen Symptomatologie im Rahmen des Sexualdeliktes ebenfalls anankastische Persönlichkeitselemente, bei denen eine fehlende Flexibilität im Denken und Handeln vorliege. Der Beschwerdeführer werde in Zukunft diese Symptome bewältigen können, brauche dafür aber Hilfe.

Im Bericht vom 12. März 2019 (act. IA 7) zu Handen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers führten med. pract. F. \_\_\_\_\_ und die Psychologin G. \_\_\_\_\_ aus, dass die Abklärungstiefe der Begutachtung nicht ausreichend gewesen sei. Sie seien der Meinung, dass es ergänzende neurologische und neuropsychologische Untersuchungen bzw. bildgebende Verfahren brauche, um die Symptome des Beschwerdeführers besser zu verstehen. Einige der beim Beschwerdeführer vorliegenden Persönlichkeitsanteile (sehr ausgeprägte Schamgefühle, Tendenz zum sozialen Rückzug, hohe Anforderungen an sich selbst und hohe Leistungsorientierung, gewisse Rigidität im Denken und Inbetrachtziehen von radikalen Lösungen sowie erhöhte Werte auf den selbstunsicheren, paranoiden, schizotypischen und Borderline-Skalen) seien allenfalls schon vor dem Verbrechen vorhanden gewesen, die massive Belastung durch das Trauma habe diese aber sehr intensiviert und zu einer Art Dekompensation geführt (S. 2). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer weiterhin sein Sexualleben auslebe, heisse auf keinen Fall, dass er in diesem Bereich nicht traumatisiert worden sei. Zudem leide er seit dem Verbrechen unter chronischen Schlafstörungen (S. 3). Die sportliche Aktivität sei ihres Erachtens die grösste Ressource des Beschwerdeführers.

### **3.2**

**3.2.1** Vorauszuschicken ist vorliegend, dass der im Juni 2020 beim Gericht doppelt eingereichte Bericht der neu behandelnden Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2020 (act. IIA 1) hier nicht zu beachten ist, da die Ärztin den Beschwerdeführer erst seit dem 10. Oktober 2019 als Nachfolgerin von med. pract. F. \_\_\_\_\_ behandelt und damit der Behandlungsbeginn bei ihr mehr als neun Monate nach dem für den

vorliegend massgebenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 83) liegt.

**3.2.2** Sodann ist in Bezug auf das geltend gemachte Ereignis vom 12. Juni 2015 vorab Folgendes festzuhalten: Im Unterschied zur Unfallversicherung handelt es sich bei der IV um eine finale Versicherung, d.h. es kommt nicht darauf an, ob ein Gesundheitsschaden krankhaften Ursprungs oder aufgrund eines Unfalls besteht (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178). Trotzdem ist hier zu beachten, dass auch in der IV – entgegen behandelnden Ärzten (vgl. E. 3.3 nachfolgend) – kein Gesundheitsschaden in Betracht fällt, der auf das nicht erstellte, sondern bloss behauptete Ereignis vom 12. Juni 2015 zurückzuführen sein soll. Dies gilt unabhängig davon, ob der behandelnde Psychiater – als Behandlungsansatz – auf die entsprechenden rein subjektiven Schilderungen des Patienten abstellt. In diesem Zusammenhang wurde mit unfallversicherungsrechtlichem Urteil des Verwaltungsgerichts vom 23. Mai 2017 (VGE UV/2017/317) die Beschwerde abgewiesen und in sachverhaltlicher Hinsicht unter anderem festgehalten, dass der Beschwerdeführer mit seinen vagen und zum Teil widersprüchlichen Angaben zum geltend gemachten Ereignis keinen Unfall im Rechtssinne habe glaubhaft machen können und ein Schreckereignis ebenfalls nicht vorliege. Das Bundesgericht, bei dem dagegen Beschwerde erhoben wurde, erkannte – bei voller Kognition im Unfallversicherungsbereich – in den entsprechenden vorinstanzlichen Feststellungen und der daraus folgenden Leistungsablehnung nichts Rechtsfehlerhaftes (im Sinne von Art. 95 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110]). Zudem hielt es fest, der Beschwerde könne nichts entnommen werden, das auf eine unrichtige bzw. unvollständige vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung (Art. 97 Abs. 2 BGG) hindeute, und trat mit Entscheid vom 7. Juli 2017, 8C\_469/2017, auf die Beschwerde im vereinfachten Verfahren (Art. 108 Abs. 1 BGG) nicht ein.

Mit anderen Worten ist das vom Beschwerdeführer geltend gemachte damalige Ereignis nicht erstellt und können entsprechende – darauf basierende – Diagnosen, namentlich die postulierte Posttraumatische Belastungsstörung (abgeleitet aus einem nicht erstellten Ereignis) nicht gehört werden und können auch nicht dazu dienen, den Beweiswert des

polydisziplinären Gutachtens, und namentlich die Feststellungen des psychiatrischen Gutachters Dr. med. O.\_\_\_\_\_, zu schmälern. Dieser hielt im Übrigen in diesem Zusammenhang fest, in den Akten finde sich kein objektiver Hinweis auf das (geltend gemachte) Tatgeschehen. Sämtliche Befundberichte (und die daraus sich ergebenden diagnostischen Einschätzungen) basierten auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Die beschriebenen psychischen Beschwerden liessen sich zwanglos mit einer Agoraphobie und Panikstörung in Einklang bringen. Aktendokumentiert sei zudem, dass auf der Verhaltensebene ein ausgeprägtes traumaassoziiertes Vermeidungsverhalten im Hinblick auf sexuelle Handlungen nicht bestanden habe (vgl. dazu auch E. 3.3.2 nachfolgend).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich – jedenfalls in diagnostischer Hinsicht – auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1) und die dazugehörigen Teilgutachten (act. II 70.2 bis act. II 70.5) gestützt, welche als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung und Agoraphobie (ICD-10: F40.01) stellten (act. II 70.1 S. 27).

Dieses Gutachten wie auch die Teilexpertisen der einzelnen Gutachter (act. II 70.2 bis act. II 70.5) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich eines Konsensgesprächs (vgl. act. II 70.1 S. 2 und S. 26 ff.). Damit erfüllt die interdisziplinäre MEDAS-Expertise die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**3.3.2** Der psychiatrische Gutachter Dr. med. O. \_\_\_\_\_ legte dar, dass – und weshalb – die in früheren Berichten und auch von med. pract. F. \_\_\_\_\_ aufgeführte Posttraumatische Belastungsstörung (vgl. act. II 77) nicht vorliegt. Es habe sich im Untersuchungszeitpunkt kein syndromales Bild dargestellt, weshalb die Kriterien gemäss den ICD-10-Richtlinien für eine Posttraumatische Belastungsstörung nicht erfüllt gewesen, sondern alleine eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10: F40.01) habe festgestellt werden können (act. II 70.5 S. 17). Die entsprechende diagnostische Beurteilung des Sachverständigen ist nachvollziehbar und überzeugt, zumal die zwei erstgenannten Kriterien gemäss den "Diagnostische[n] Kriterien für Forschung und Praxis der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen" (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 136) beim Beschwerdeführer nicht zutreffen. So ist die vom Beschwerdeführer dargestellte Vergewaltigung im Sinne eines belastenden Ereignisses – wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 3.2.2 hiervor) – nicht erstellt. Zur Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist ein solches *Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde* jedoch unabdingbar (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O.). Entsprechende, darauf basierende Diagnosen – die postulierte Posttraumatische Belastungsstörung (abgeleitet aus einem nicht erstellten Ereignis) – können folglich nicht gehört werden und können auch nicht dazu dienen, den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens und namentlich die Feststellungen des psychiatrischen Gutachters Dr. med. O. \_\_\_\_\_ zu schmälern. Letzterer hielt im Übrigen in diesem Zusammenhang ebenfalls von sich aus fest, in den Akten finde sich kein objektiver Hinweis auf das (geltend gemachte) Tatgeschehen. Sämtliche Befundberichte (und die daraus sich ergebenden diagnostischen Einschätzungen) basierten auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Die beschriebenen psychischen Beschwerden liessen sich zwanglos mit einer Agoraphobie und Panikstörung in Einklang bringen (act. II 70.5 S. 17). Akten dokumentiert sei zudem, dass auf der Verhaltensebene ein ausgeprägtes traumaassoziiertes Vermeidungsverhalten im Hinblick auf sexuelle Handlungen nicht bestanden habe. Trotz des vom Beschwerdeführer gel-

tend gemachten Ereignisses ist im Übrigen auch das zweite Kriterium der *anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume* (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O.) nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung mehrfach an, sich nicht an die (behauptete) Tat zu erinnern (z.B. act. II 70.5 S. 7) und es finden sich in den Akten keine Hinweise auf die nötigen Nachhallerinnerungen oder das Wiedererleben des geltend gemachten Traumas. Anders als der Beschwerdeführer (Beschwerde vom 9. Februar 2019 S. 3 und Eingabe vom 9. April 2020 S. 1) und auch der (damals) behandelnde Psychiater med. pract. F.\_\_\_\_\_ (act. II 77) vorbringen, sind solche Erinnerungen als Kriterium zur Diagnostizierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung unerlässlich. Dass der Gutachter schliesslich auch auf einen erhöhten Alkoholkonsum hingewiesen hat, erweist sich gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers und die Laborergebnisse ebenfalls nachvollziehbar. Dabei ist allerdings mit Blick auf das psychiatrische Teilgutachten festzuhalten, dass sich Dr. med. O.\_\_\_\_\_ nicht "ausgedehnt dem Thema Alkohol gewidmet" hat, wie dies der Beschwerdeführer subjektiv empfunden hat und in seiner Eingabe vom 7. Mai 2019 vorbringt, sondern diesbezüglich vielmehr einzig eine Verdachtsdiagnose genannt und dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt hat (act. II 70.5 S. 16). Dies überzeugt ebenfalls.

**3.3.3** Auch die Einschätzung des chirurgischen Gutachters Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (act. II 70.3 S. 11 f.), wonach die somatischen Komponenten wie der Status nach der Schulteroperation vom September 2016 und der Status nach commotio cerebri vom November 2015 keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr hätten, überzeugt und steht im Einklang mit dem Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2016 (act. II 35 S. 5 f.). Die allgemein gefassten Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Beschwerde vom 9. Februar 2019 (S. 3 unten), wonach die somatischen Beschwerden ihn im allgemeinen Arbeitsmarkt sehr behindern würden, sind nicht durch medizinische Akten belegt und vermögen keine Zweifel an der MEDAS-Beurteilung erwecken. Aus somatischer Sicht ändert schliesslich auch der am 7. Mai 2019 eingereichte Bericht vom 22. September 2014 (act. IA 11) bezüglich des damals

diagnostizierten sessilen serratierten Adenom nichts. Dieses wurde am 16. September 2014 mittels Schlingenpolypektomie entfernt und ein Einfluss dieser Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht ersichtlich. Dass zudem weitere Adenome aufgetreten wären, ist aus den Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

**3.3.4** Weiter vermögen auch die mit Eingabe vom 9. April 2020 vorgebrachten Kritikpunkte am neuropsychologischen Gutachten vom 27. März 2018 (act. II 70.4) keine Zweifel zu erwecken. Der Neuropsychologe lic. phil. N. \_\_\_\_\_ hat ausführlich das angewendete Testverfahren vorgestellt (S. 11 f.), die entsprechenden Ergebnisse aufgeführt und festgehalten, dass lediglich "diskrete Minderleistungen" in wenigen Bereichen vorliegen (S. 14). Gestützt darauf konnte er nachvollziehbar und überzeugend als Befund eine minimale neuropsychologische Störung festhalten. Damit ist lic. phil. N. \_\_\_\_\_ als Sachverständiger seiner genuinen Aufgabe nachgekommen, wofür die Verwaltung und Gerichte – und damit auch die Rechtsvertreterin der versicherten Person – nicht kompetent sind (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1). Auch auf die neuropsychologische Einschätzung im MEDAS-Gutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1 und act. II 70.4) ist deshalb abzustellen.

**3.4** Nichts an der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1 bis act. II 70.5) ändern denn auch die weiteren formellen Vorbringen des Beschwerdeführers. Wenn er geltend macht (Einwand vom 29. November 2018 [act. II 80] und Beschwerde vom 9. Februar 2019 S. 3), das MEDAS-Gutachten sei nicht aussagekräftig, da auf dem psychiatrischen Teilgutachten ein falsches Untersuchungsdatum angegeben wurde, ist festzuhalten, dass es sich hierbei offensichtlich um einen Verschieb handelt. Denn aus der Auflistung der Untersuchungsdaten im Hauptgutachten (act. II 70.1 S. 2) und im (korrigierten) Aufgebot zum polydisziplinären Gutachten vom 25. Januar 2018 (act. II 65) geht eindeutig hervor, dass die psychiatrische Untersuchung am 26. März 2018 stattgefunden hat. Soweit der Beschwerdeführer zudem die fachliche Kompetenz von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ in Frage stellt (Einwand vom 29. November 2018 [act. II 80 S. 6]), ist zu beachten, dass der Gutachter über einen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie sowie über die private Weiterbildungsquali-

fikation "Vertrauensarzt" verfügt (vgl. Medizinalberuferegister, abrufbar unter <<https://www.medregom.admin.ch/>>). Entgegen der Auffassung in der Beschwerde ist es nicht entscheidend, dass Dr. med. O. \_\_\_\_\_ keine Spezialisierung mit dem Schwerpunkt forensische Psychiatrie aufweist, denn er ist zweifellos befähigt, die vorliegenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung aus fachärztlicher Sicht zu beurteilen, abgesehen davon, dass die forensische Psychiatrie sich mit inhaftierten und zivilrechtlich untergebrachten Leuten befasst. Zum Vorwurf der Befangenheit des psychiatrischen Gutachters (Beschwerde vom 9. Februar 2019 S. 3 und Eingabe vom 7. Mai 2019 S. 3) ist anzumerken, dass für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe gelten, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach erst dann anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1). Solche objektiven Umstände, welche den Anschein der Befangenheit von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ nahelegen würden, sind – wie es auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 16. September 2019 bemerkt – aus den Akten nicht ersichtlich und die vom Beschwerdeführer genannten Umstände sind – entgegen seiner Ansicht – nicht geeignet, Misstrauen in die Unparteilichkeit von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ zu erwecken.

Viele der vom Beschwerdeführer im Einwand vom 29. November 2018 (act. II 80) weiter vorgebrachten Kritikpunkte am Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ betreffen Details, welche der Gutachter nach Meinung des Beschwerdeführers falsch aufgefasst habe (z.B. Alkoholkonsum, Ablauf der Geschehnisse vom 12./13. Juni 2015, sexuelle Aktivitäten in ...). Diese Einzelheiten sind jedoch – genau wie der fehlende Bericht über die angebliche stationäre psychiatrische Behandlung (vgl. Beschwerde vom 9. Februar 2019 S. 3) – nicht geeignet, die Einschätzung des Psychiaters und dabei insbesondere die gestellte Diagnose in Zweifel zu ziehen, sind diese doch nicht ausschlaggebend für die Tatsache, dass sich im Untersuchungszeitpunkt kein syndromales Bild dargestellt hat und folglich keine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden konnte (vgl. E. 3.3.2 vorstehend). Dem Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner

Eingabe vom 7. Mai 2019, wonach auch der Suizidversuch aus dem Jahr 2011 (vgl. ärztliche Berichte der D. \_\_\_\_\_ AG [act. IA 3] bzw. psychiatrische Dienste E. \_\_\_\_\_ [act. IA 8]) nicht genügend Eingang in die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters gefunden haben soll, weshalb diese nicht zu verwerten sei, kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ hatte sehr wohl Kenntnis von diesem Ereignis und hat es in seinem Teilgutachten auch festgehalten (vgl. act. II 70.5 S. 10 oben). Der Beschwerdeführer hat aber in keinem anderen Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung spontan davon erzählt oder ist vertieft darauf eingegangen, was bei einem in diesem Zeitpunkt nach wie vor stark präsenten und prägenden Geschehen zweifelsohne der Fall wäre. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren (Einwand vom 29. November 2018 [act. II 80]) ausschliesslich auf seinen Gesundheitszustand seit Sommer 2015 verwiesen und in keinem Zeitpunkt Bezug auf einen Suizidversuch im Jahr 2011 genommen. Es ist damit überzeugend und nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter nicht näher darauf eingegangen ist.

**3.5** Nach dem Dargelegten ist das MEDAS-Gutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1 bis act. II 70.5) grundsätzlich beweiskräftig und der Sachverhalt erweist sich als genügend abgeklärt. Auf das Gutachten ist deshalb abzustellen.

#### **4.**

Zu klären bleibt die Relevanz der erhobenen psychischen Störungen (Panikstörung und Agoraphobie [ICD-10: F40.01]) und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit (act. II 70.1 S. 28 f. [vgl. E. 2.3.2 hiervor]). Die Beschwerdegegnerin ist von der gutachterlichen Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit abgewichen, weil die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt seien (act. II 83 S. 2).

**4.1** Vorab ist festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Insbesondere fanden die Gutachter keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation (act. II 70.1 S. 31 Ziff. 5.1.5 und act. II 70.5 S. 19).

**4.2** Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome" ist festzuhalten, dass die Gutachter die Befunde der Panikstörung und der Agoraphobie als leicht ausgeprägt beurteilt haben (act. II 70.1 S. 29 Ziff. 5.1.2).

Betreffend den Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der psychiatrische Gutachter ausführt, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar und neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische Behandlung indiziert (act. II 70.5 S. 20 Ziff. 9.5). Ebenfalls könne eine medikamentös-antidepressive Behandlung etabliert werden. Zudem sei ein rascher schrittweiser Wiedereinstieg in einen Arbeitsprozess therapeutisch wichtig, um das ausgeprägte Vermeidungsverhalten nicht noch zu befördern. In prognostischer Hinsicht wirkten sich vor allem relevante psychosoziale (invaliditätsfremde) Hemmfaktoren und ein wahrscheinlicher Alkoholüberkonsum ungünstig aus. Entsprechend wäre dem Versicherten eine kontrollierte Alkoholabstinenz bei entsprechender Motivationslage im Sinne der Schadenminderungspflicht möglich.

Eine massgebende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht nicht. Insbesondere schlossen die Gutachter – und allen voran der Psychiater Dr. med. O. \_\_\_\_\_ (act. II 70.5 S. 17) – das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung aus. Auch den somatischen Diagnosen (Refluxösophagitis, Hyperurikämie, sowie den Status nach Commotio cerebri bzw. nach Acromioplastik) wurde überzeugend keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt (act. II 70.1 S. 27 f., vgl. E. 3.3.3 hiervor) und es bestehen auch keine Hinweise auf eine ressourcenhemmende Wechselwirkung.

Hinsichtlich des Komplexes "Persönlichkeit" sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers seine Leistungsfähigkeit verminderte (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Vielmehr hat der psychiatrische Gutachter eine Persönlichkeitsstörung explizit ausgeschlossen (act. II 70.5 S. 17). Die im Schreiben vom 9. April 2020 vorgebrachten, vom (damals) behandelnden Psychiater als "auffällig" festgehaltenen Persönlichkeitszüge konnte der psychiatrische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_\_ anlässlich seiner Begutachtung nicht feststellen. Diesbezüglich ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch behandelnde Spezialärzte – wie vorliegend med. pract. F.\_\_\_\_\_ (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG, heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

Der Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer zwar über einen nur kleinen, jedoch intakten Freundeskreis verfügt, den er ab und zu treffe (act. II 70.5 S. 10 Ziff. 4). Auch mit seiner Mutter hat er ein gutes Verhältnis und es bestehe mit ihr und einem Bruder regelmässiger Kontakt (act. II 70.1 S. 17 Ziff. 2.1.5, act. II 70.4 S. 7, act. II 70.5 S. 4 Ziff. 2). Damit hält das soziale Umfeld doch zumindest gewisse Ressourcen bereit.

**4.3** Hingegen sind in der Kategorie "Konsistenz" in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) einige Diskrepanzen ersichtlich. Zwar hält der psychiatrische Gutachter – wie der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 9. April 2020 ausführt – fest, dass insgesamt von einer guten Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben des Beschwerdeführers, dem psychopathologischen Befund und psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden könne (act. II 70.5 S. 19). Damit bringt er jedoch einzig zum Ausdruck, dass eine valide Beurteilung aus psychiatrischer Sicht möglich ist. Hingegen ist hier zur Beurteilung der Kategorie "Konsistenz" im Hinblick auf die Aktivitäten und die diesbezüglichen Einschränkungen der Vergleich zwischen einer Erwerbstätigkeit und Frei-

zeitaktivitäten massgebend. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der Befragung durch die Gutachter mehrfach angibt, dass er sich in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit keinerlei Arbeitstätigkeit mehr vorstellen könne (act. II 70.1 S. 18 Ziff. 2.1.11, act. II 70.2 S. 12 Ziff. 2.1.11, act. II 70.4 S. 8, act. II 70.5 S. 11 Ziff. 5). Was seine übrigen Tätigkeiten betrifft, ergibt sich aus den Akten jedoch ein erhebliches Aktivitätsniveau: Der Beschwerdeführer gibt an, seinen Haushalt ohne Probleme selber zu führen, seine Einkäufe selber zu erledigen, ..., im Sommer ..., bei schlechtem Wetter ... (act. II 70.1 S. 18 Ziff. 2.1.9), zu ... (act. II 70.2 S. 12 Ziff. 2.1.9) und ... zu machen (act. II 70.4 S. 9 Ziff. 2.1.4). Einzig Auto fahre er nicht, dies jedoch weil ihm der Fahrausweis entzogen worden sei und er – um ihn wieder zu bekommen – einen teuren Test absolvieren müsste, den er sich nicht leisten könne (act. II 80 S. 5). Es sind damit invaliditätsfremde Gründe und nicht die diagnostizierte Angststörung für das Nicht-Fahren verantwortlich. Zudem benennen auch der behandelnde Psychiater und die Psychologin (act. IA 6 S. 3) die sportlichen Aktivitäten des Beschwerdeführers als dessen "grösste Ressource".

Bezüglich des ebenfalls zur Kategorie "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörenden Indikators "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich zwar in einer psychotherapeutischen Therapie befindet, jedoch nicht in adäquater medikamentöser (antidepressiver) Behandlung ist, wie sie Dr. med. O. \_\_\_\_\_ für die diagnostizierte Angststörung als notwendig erachtet (konsequente antidepressive Behandlung [act. II 70.5 S. 20]). Dies lässt nicht auf einen hohen Leidensdruck schliessen.

**4.4** Nach dem Dargelegten lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu (vgl. E. 2.3 vorstehend). In der Folge ist die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % als rechtlich nicht massgebend zu beurteilen, ohne dass das Administrativgutachten dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. November 2018, 8C\_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50

E. 4.3 S. 53 f.). Damit ist kein individualisierender Gesundheitsschaden erstellt und es besteht kein Leistungsanspruch.

## **5.**

**5.1** Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers auf die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit abzustellen wäre, bestände kein Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Rente), wie nachfolgend darzulegen ist. Diesfalls wäre auf der Grundlage des festgestellten Zumutbarkeitsprofils (Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten, wie auch in einer adaptierten Tätigkeit [vgl. act. II 70.1 S. 28 Ziff. 4.7]) der IV-Grad anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln.

**5.2** Da sich die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % sowohl auf die angestammte Tätigkeit wie auch auf eine angepasste Tätigkeit bezieht (vgl. act. II 70.1 S. 28 Ziff. 4.7), somatisch keine massgeblichen Einschränkungen bestehen (vgl. E. 3.3 vorstehend) und der Beschwerdeführer in den letzten Jahren jeweils nur kurze Anstellungen inne hatte (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto vom 4. Januar 2018 [act. II 61]) sowie im massgeblichen Zeitpunkt nicht arbeitstätig war, sind Validen- und Invalideneinkommen je gestützt auf die Tabellenlöhne (Total Männer, Kompetenzniveau 1) der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festzusetzen. Eine genaue Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens erübrigt sich somit, da beide aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen sind: Der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 30 % unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzuges (Entscheid des BGer vom 20. April 2015, 8C\_304/2014, E. 6). Ein entsprechender Abzug ist – anders als in der Eingabe vom 9. April 2020 (S. 3) vorgebracht – nicht vorzunehmen, da invaliditätsfremde Aspekte bei beiden, auf den Zahlen der LSE basierenden Vergleichseinkommen zu beachten wären (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5) und ein eingeschränktes Rendement bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit nicht zu einem Abzug führt (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Dezember 2016,

9C\_635/2016, E. 4.3). Damit wird der für den Anspruch auf eine IV-Rente minimal erforderliche IV-Grad von 40 % klarerweise nicht erreicht und der Beschwerdeführer hätte auch bei Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 vorstehend).

## 6.

Soweit der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 9. Februar 2019 schliesslich auch die Zusprache von Massnahmen beruflicher Art beantragt, ist festzuhalten, dass auch ein entsprechender Anspruch nicht gegeben ist. Ein solcher setzt nämlich voraus, dass die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2012, 9C\_726/2011, E. 5.1; vgl. auch SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, S. 75 N. 124 und S. 278 N. 539, MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 113). Die objektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist zu bejahen, denn die MEDAS-Gutachter haben in ihrem Gutachten vom 17. Mai 2018 (act. II 70.1) explizit ausgeführt, dass dem Beschwerdeführer Wiedereingliederungsversuche medizinisch zumutbar seien (S. 35 oben). Hingegen sind gestützt auf die vorliegenden Akten der subjektive Eingliederungswille, d.h. der Wille, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, sowie allfällige diesbezügliche Anstrengungen des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen, denn in den verschiedenen Teilgutachten war mehrfach festgehalten worden, dass er sich weder aus psychischer noch aus somatischer Sicht arbeitsfähig fühle und sich eine IV-Rente erhoffe (act. II 70.2 S. 12, act. II 70.3 S. 7, act. II 70.5 S. 11). Damit ist eine mangelnde Leistungsbereitschaft erstellt. Da jedoch die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit kumulativ gegeben sein müssen – was hier nicht der Fall ist –, wäre eine der Anspruchsvoraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art so oder anders nicht erfüllt.

Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung ändern und an einer Eingliederungsmassnahme ernsthaft im medizinisch als zumutbar attestierten Um-

fang teilnehmen wollen, kann er sich bei der Beschwerdegegnerin erneut anmelden, welche darüber neu zu verfügen hätte.

## **7.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2019 (act. II 83) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 9. Februar 2019 ist abzuweisen.

## **8.**

**8.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.– festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 8.3 hiernach) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

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

**8.3** Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege:

**8.3.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtferti-

gen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

**8.3.2** Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund der Akten und angesichts der Unterstützung durch die Sozialhilfe ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 7). Im vorliegenden Fall war das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Weiter war eine anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

Damit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

**8.4** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.–.

Bis zum angesetzten Termin zur Einreichung der Kostennote am 12. April 2019 hat sich Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ nicht vernehmen lassen und keine Kostennote eingereicht. Ob die viel später nachgereichte Kostennote vom 7. Mai 2019 samt Ergänzungen vom 26. August 2019 und 9. April 2020 überhaupt zu berücksichtigen ist, kann vorliegend letztlich offen bleiben, da diese ohnehin überhöht und der tarifmässige Parteikos-

tenersatz bzw. amtliche Honorar für das vorliegende Verfahren nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Würdigung der gesamten Umstände und der Bedeutung der Streitsache sowie im Vergleich zum in ähnlich gelagerten Fällen entschädigten Aufwand wird das amtliche Honorar inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer ermessensweise und pauschal festgesetzt auf Fr. 2'500.–. Dieser Betrag ist Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (Art. 113 VRPG).

**8.5** Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ führt auf ihrer Kostennote vom 26. August 2019 auch die Kosten für den Arztbericht von med. pract. F. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2019 im Umfang von Fr. 360.– auf. Die Kosten privat eingeholter Berichte sind gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG dann zu vergüten, wenn die Massnahme für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Da vorliegend der vom Beschwerdeführer eingeholte psychiatrische Bericht für das vorliegende Urteil nicht entscheidungswesentlich war, sind diese Kosten dem Beschwerdeführer nicht zu vergüten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 11 S. 45 E. 5.1 und E. 5.4).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nach-

zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der amtlichen Anwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und MwSt.) festgesetzte Entschädigung vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingaben vom 8. und 12. Juni 2020)
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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