

200 19 501 IV  
SCP/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. Januar 2020**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin lic. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Mai 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1979 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung und im November 2016 unter Hinweis auf Schwindel, Vergesslichkeit, Müdigkeit/Schwäche und Schlafapnoe zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 5). In der Folge führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 36 S. 6) forderte sie den Versicherten im Oktober 2017 zur Schadenminderung in Form einer laborkontrollierten Abstinenz von Drogen (Cannabis) auf (act. II 38). Nach deren Nachweis (act. II 60.1) veranlasste die IVB – wiederum auf Empfehlung des RAD (act. II 63 f.) – bei der MEDAS C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie, Ophthalmologie, Neuropsychologie und Psychiatrie (Gutachten vom 11. März 2019, inkl. Teilgutachten; act. II 77.1-77.10). Mit Vorbescheid vom 24. April 2019 (act. II 81) stellte die IVB die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 26 % in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 83) verneinte sie mit Verfügung vom 23. Mai 2019 (act. II 85) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

### **B.**

Mit Eingabe vom 21. Juni 2019 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin B.\_\_\_\_\_ Beschwerde erhoben. Er beantragt, die Verfügung vom 23. Mai 2019 sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventuell sei die Sache zur neuen Beurteilung (einschliesslich neuer Abklärung tatsächlicher und/oder medizinischer Natur) an die IV zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2019 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

## **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 23. Mai 2019 (act. II 85). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente 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). 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** 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.

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### 3.

**3.1** Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2016 (act. II 16 S. 18-20) wurden eine hypertrophe Kardiomyopathie unklarer Ätiologie (ED [Erstdiagnose] 9. Juni 2016), multiple bihemisphärische Hirninfarkte im Mediastromgebiet rechts und vereinzelt im Mediastromgebiet links am 7. Juni 2016 und eine Zöliakie (ED ca. 2010) diagnostiziert (act. II 16 S. 18). Der Patient komme zum elektiven PFO-Verschluss (persistierendes foramen ovale; Grad III) bei ischämischem Hirninfarkt unklarer Ätiologie. Er berichte manchmal über Schwindel und Palpationen. Aktuell sei er beschwerdefrei (act. II 16 S. 19).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2016 (act. II 16 S. 15-17) wurden als Diagnosen eine leichtgradige gemischte zentral/obstruktive Schlafapnoe (ED September 2016), eine hypertrophe Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, multiple bihemisphärische Hirninfarkte im Mediastromgebiet rechts und vereinzelt im Mediastromgebiet links und eine Zöliakie aufgeführt (act. II 15 f.). Anamnestisch persistierten eine psychomotorische Verlangsamung, intermittierende Konzentrationsschwierigkeiten sowie eine gewisse Tagesmüdigkeit ohne relevante Schläfrigkeit, welche die Lebensqualität einschränkten. Des Weiteren zeige sich polysomnographisch eine leichtgradige, gemischte Schlafapnoe. Aufgrund dieses sehr diskreten Befundes sei schwer abzuschätzen, inwiefern dieser mitursächlich für die Beschwerden sei (act. II 16 S. 17).

**3.1.3** Am 21. November 2016 diagnostizierten die Behandler des Spitals D. \_\_\_\_\_ multiple bihemisphärische Hirninfarkte im Mediastromgebiet beidseits, eine hypertrophe Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, eine leichtgradige gemischte zentral/obstruktive Schlafapnoe und eine Zöliakie (act. II 16 S. 12 ff.). Aktuell sei weder die Fahreignung noch die Arbeitsfähigkeit gegeben (act. 16 S. 13). Weiterhin sei der Patient in neuropsychologischer Behandlung mit einer ambulanten Neurorehabilitation, wo auch eine erneute Testung bezüglich Arbeitsfähigkeit und Fahreignung erfolge

(act. II 16 S. 14). Am 6. Dezember 2016 berichteten die Behandler des Neurozentrums, aktuell liessen sich keine Hinweise für einen Neglect mehr finden, die geteilte Aufmerksamkeit sei ebenfalls im Normbereich. Es fänden sich weiterhin unterdurchschnittliche Leistungen in der visuell-räumlichen Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund sei von Einschränkungen verkehrsrelevanter neurokognitiver Funktionen auszugehen. Die Voraussetzungen für das sichere Lenken von Fahrzeugen seien nicht gegeben (act. II 23 S. 1 f.). Am 22. März 2017 führten sie aus, es hätten sich weiterhin Einschränkungen im bilateralen Gesichtsfeld bei ansonsten unauffälligen Leistungen in verkehrsrelevanten kognitiven Funktionen gefunden. Die Fahreignung sei aufgrund der visuellen Problematik nicht gegeben. Was die weiteren verkehrsrelevanten kognitiven Funktionen anbelange, so seien hier die Voraussetzungen erfüllt (act. II 27 S. 2).

**3.1.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, nannte im Bericht vom 9. August 2017 (act. II 33 S. 1 f.) als Diagnosen den Verdacht auf mehrere Infarkte chorioidea/retina, einen Status nach multiplen bihemisphärischen Hirninfarkten im Medialstromgebiet rechts und vereinzelt im Medialstromgebiet links, eine hypertrophe Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, DD (differenzialdiagnostisch) den Verdacht auf Kearns-Sayre-Syndrom und DD den Verdacht auf mitochondriale Erkrankung (MELAS; act. II 33 S. 1). Wegen den Gesichtsfeld-Ausfällen und dem Röhrenblick dürfe der Patient nicht Autofahren. Am 17. August 2017 attestierte die Ophthalmologin in Wiederholung der zuvor genannten Diagnosen eine 100 % Arbeitsunfähigkeit (act. II 34 S. 2 f.).

**3.1.5** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 11. März 2019 (act. II 77.1) wurden interdisziplinär mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine retinale Dystrophie (Verdacht auf tapetoretinale Degeneration; ICD-10 H35.5), eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung bei den Lern- und Frischgedächtnisfunktionen (verbal betont) sowie bei der Konzentrationsfähigkeit und eine psychomentele Dekonditionierung diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine hypertrophe Kardiomyopathie unklarer Ätiologie (ED 9. Juni 2016), ein erfolgreicher Verschluss eines PFO Grad III (12. September 2016), eine vorbekannte Zöliakie (ED ca. 2010), ein leichtgradiges, gemischtes zentral/obstruktives Schlafapnoe-

Syndrom (ED September 2016), ein Nikotinabusus (kumulativ ca. 6-8 py [pack years]), ein Zustand nach übermässigem Cannabiskonsum (aktuell nur seltener und gemässiger Konsum), ein leichtes Untergewicht (BMI 17,85 kg/m<sup>2</sup>), aktuell eine Leukozytose und Erythrozytose bisher unklarer Genese, eine hypertrophe nicht obstruktive Kardiomyopathie unklarer Ätiologie (ICD-10 I42), anamnestisch eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I11.9; act. II 77.1 S. 11), eine Sinusarrhythmie (ICD-10 I49), multiple bihemisphärische Hirninfarkte im Mediastromgebiet beidseits am 7. Juni 2016, eine anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Myopie, Astigmatismus; ICD-10 H52.1, H52.2), eine beginnende Alterssichtigkeit (ICD-10 H52.4), ein latentes Aussenschielen (ICD-10 H50.5) und eine Benetzungsstörung (ICD-10 H04.1) diagnostiziert (act. II 77.1 S. 12).

In den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie und Psychiatrie attestierten die jeweiligen Gutachter weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. In der Fachdisziplin Ophthalmologie attestierte die Gutachterin in der bisherigen Tätigkeit und in der Verweistätigkeit eine solche von 30 % und in der Fachdisziplin Neuropsychologie attestierte die verantwortliche Gutachterin eine solche von je 20 %. Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und in einer Verweistätigkeit von 30 %. Massgeblich hierfür seien die auf augenärztlichem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Auf neuropsychologischem Fachgebiet seien nur leichte Funktionsstörungen bei den Lern- und Frischgedächtnisfunktionen und bei der Konzentrationsfähigkeit festzustellen gewesen (act. II 77.1 S. 14). Auf neurologischem Fachgebiet seien nach erlittenen multiplen bihemisphärischen Hirninfarkten im Mediastromgebiet beidseits keine relevanten Folgeschäden festzustellen gewesen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die auf kardiologischem und allgemein-internistischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen schränkten die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht ein. Hinzuweisen sei insbesondere darauf, dass die nicht obstruktive hypertrophe Kardiomyopathie prinzipiell gut zu behandeln sei und auch eine gute Prognose bei normaler Lebenserwartung bestehe. Aufgrund der Herzerkrankung bestünden keine wesentlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestehe das oben genannte Leistungsprofil seit Juni 2016, also

seit den erlittenen Hirninfarkten. Im Rahmen der akuten Erkrankung habe kurzfristig sicherlich eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei zurückzuführen auf die Sehstörungen und die leichten kognitiven Beeinträchtigungen. Diese wiederum seien multifaktoriell bedingt bei einem Zusammenwirken der Folgen nach Ischämie der Stammganglien rechts und nach langjährigem Cannabiskonsum zu sehen. Zudem bestehe eine psychomentale Dekonditionierung durch reduziertes Aktivitätsniveau und Unselbständigkeit im Umgang mit Vergesslichkeit (act. II 77.1 S. 15).

**3.2** 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).

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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 11. März 2019 (act. II 77.1) erfüllt die Anforderungen an die Beweiskraft einer ärztlichen Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und

beruht auf einer interdisziplinären Konsensbesprechung. Die gestellten Diagnosen sind nachvollziehbar begründet und die gutachtlich beurteilte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, die seit Juni 2016 (mit kurzem Unterbruch wegen der akuten Erkrankung) gilt (act. II 77.1 S. 15 f. Ziff. 4.7 und 4.11), ist einleuchtend und schlüssig. Demnach besteht für eine Verweistätigkeit eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 %. Auf das polydisziplinäre Gutachten vom 11. März 2019 (act. II 77.1) ist somit abzustellen. Was der Beschwerdeführer gegen die Teilgutachten und das Hauptgutachten vorbringt, vermag die Beweiskraft des interdisziplinären Konsenses nicht in Frage zu stellen:

**3.3.1** Zunächst rügt der Beschwerdeführer verweisend auf das neurologische Teilgutachten (act. II 77.3), es sei nicht nachvollziehbar und leuchte nicht ein, dass der neurologische Gutachter einerseits feststelle, seit der Beurteilung vom 21. November 2016 habe sich nichts geändert, andererseits bezüglich der Arbeitsfähigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe, während der Bericht des ... vom 21. November 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiere (Beschwerde S. 4 Ziff. III. 2.2). Vorab ist festzustellen, dass sich der Hirninfarkt am 7. Juni 2016 zugetragen hat (act. II 16 S. 27, act. II 23 S. 11, act. II 77.1 S. 15), mithin vorliegend aufgrund des frühest möglichen hypothetischen Rentenbeginns (vgl. E. 4.2 hiernach) die Arbeitsunfähigkeit per Juni 2017 massgebend ist. Ungeachtet dessen gibt der Beschwerdeführer das Zitat aus dem Bericht vom 21. November 2016 (act. II 16 S. 12 f.), wonach eine Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben sei, nicht vollständig wieder, wird doch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die damals geplante neuropsychologische Verlaufskontrolle mit neurokognitiver Testung verwiesen, was sich auch aus dem Kontext am Ende des Berichts zweifellos ergibt. Dort wird ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer in neuropsychologischer Behandlung mit einer ambulanten Neurorehabilitation befinde, in der auch eine erneute Testung bezüglich Arbeitsfähigkeit und Fahreignung erfolge (act. II 16 S. 14). Im Verlaufsbericht vom 22. März 2017 (act. II 27) wird denn auch mit Bezug auf die verkehrsrelevanten kognitiven Funktionen von unauffälligen Leistungen berichtet und hinsichtlich der Beurteilung der Fahreignung zufolge der Einschränkung im bilateralen Gesichtsfeld auf die augenärztliche Beurteilung verwiesen. Damit trifft die vom neurologischen Gutachter unter gewissen Vorbe-

halten abgegebene retrospektive Beurteilung, wonach sich seit der Beurteilung vom 21. November 2016 die Situation aus rein neurologischer Sicht nicht verändert habe (act. II 77.3 S. 20), vollumfänglich zu, war doch nach den Ausführungen hiervor zu diesem Zeitpunkt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die neurologische Befundlage, sondern die geplante neurokognitive Testung massgebend.

**3.3.2** Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, im ophthalmologischen Teilgutachten (act. II 77.6) werde eine 70 %-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit statuiert, wobei eine Leistungseinschränkung während der Präsenzzeit festgehalten werde. In einer angepassten Tätigkeit werde ebenfalls lediglich eine solche von 70 % attestiert, wobei ebenso von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausgegangen werde. Die attestierte eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei zu berücksichtigen, da eine spürbar geringere Leistung erwartet werden könne und somit auch ein geringerer Lohn, wenn er überhaupt eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt fände (Beschwerde S. 5 Ziff. 2.3). Auch hier ist die Kritik nicht zu hören, weil die Angaben der Gutachterin aus dem Kontext gerissen und nicht in ihrer Gesamtheit gewürdigt werden. Denn die Einschränkung in der Leistungsfähigkeit wird gemäss Ziff. 7.4 des ophthalmologischen Teilgutachtens (act. II 77.6 S. 15), worauf in Ziff. 8.2.2 (act. II 77.6 S. 16) auch ausdrücklich verwiesen wird, mit dem etwas vermehrten Pausen- und Kompensationsbedarf begründet, womit bei einer vollschichtigen Präsenz eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % resultiert. Die von der IVB in Ziff. C. Rn 5 der Beschwerdeantwort (S. 2) diskutierte Unklarheit gilt damit als geklärt.

**3.3.3** Sodann moniert der Beschwerdeführer, die in der Konsensbeurteilung attestierte Arbeitsfähigkeit in der „bisherigen“ Tätigkeit als ... stehe im Widerspruch zu den Teilgutachten; es handle sich um eine schwere Arbeit, für welche der Beschwerdeführer körperlich wie psychisch nicht stark genug sei. Zudem sei diese Tätigkeit gemäss dem ophthalmologischen Gutachten ohnehin nicht mehr möglich, da aus augenärztlicher Sicht weiterhin eine Fahruntüchtigkeit bestehe und Arbeiten mit schnell drehenden Maschinen nicht geeignet seien (Beschwerde S. 6 Ziff. 2.4.1). Dass die Gutachter unter Umständen die von einem ... zu verrichtenden Tätigkeiten

falsch eingeschätzt haben, ist bereits deshalb nicht von Belang, weil der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben diesen Beruf seit 2001 (mit Ausnahme während rund zweieinhalb Monaten im 2007/2008; act. II 21 S. 2 f.; vgl. dazu auch den Auszug des Individuellen Kontos [IK-Auszug]; act. II 13 S. 3) bzw. bei (noch) guter Gesundheit gar nicht mehr ausgeübt hatte bzw. hätte (vgl. act. II 77.2 S. 9, 77.3 S. 11, act. II 77.4 S. 9, act. II 77.6 S. 8 und act. II 77.8 S. 9). Vielmehr übte er schon vor Eintritt des Gesundheitsschadens diverse andere Tätigkeiten, mitunter auch körperlich leichtere (bspw. im ...) aus (act. II 21 S. 2; vgl. E. 4.3 hiernach).

**3.3.4** Ferner bringt der Beschwerdeführer im Rahmen der Kritik am polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 11. März 2019 (act. II 73.1) vor, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe selbst die Beschwerdegegnerin bemerkt, dass in den Akten kein Zumutbarkeitsprofil vorliege. Das Gutachten erkläre nicht, weshalb trotz der Beschwerden (Konzentrationsschwäche, Ermüdbarkeit und Abgeschlagenheit) eine 70 %-ige Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt möglich sein solle. Die Abklärungen seien damit unvollständig und nicht schlüssig (Beschwerde S. 6 Ziff. 2.4.2). Gemäss dem Gutachten der MEDAS sind aus interdisziplinärer Sicht für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit die augenärztlichen Befunde massgeblich (act. II 77.1 S. 14 f. Ziff. 4.7), was auch in Übereinstimmung steht mit dem Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 22. März 2017 (act. II 27). Die Neurologen des ... fanden weiterhin Einschränkungen im bilateralen Gesichtsfeld bei ansonsten unauffälligen Leistungen (in verkehrsrelevanten kognitiven Funktionen) und sie hielten fest, dass sich dementsprechend die weitere Beurteilung nach der augenärztlichen Einschätzung richte (act. II 27 S. 2). Damit sind für die Formulierung eines detaillierten medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofils unzweifelhaft die im ophthalmologischen (Teil-)Gutachten umschriebenen Einschränkungen massgeblich, was der Beschwerdeführer in seiner eine gesamtheitliche Sicht vermissenden Kritik auszublenden scheint. Somit besteht eine 30 %-ige Einschränkung für alle Tätigkeiten, die durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellen (z.B. Bildschirmarbeitsplätze). Die Einschränkung begründet sich durch den etwas vermehrten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf bei vorliegenden Sehdefiziten. Arbeiten mit erhöhtem Gefahrenpotenzial (z.B. Arbeiten an schnell drehenden Maschinen oder auf Gerüs-

ten) oder das Lenken eines Fahrzeuges sind danach für den Beschwerdeführer nicht geeignet (act. II 77.6 S. 15 f. Ziff. 7.4 und 8.2.1). Diese gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar und überzeugend. Die nunmehr beschwerdeweise geltend gemachten subjektiven Beschwerden (Beschwerde S. 7 Ziff. 3) sind unerheblich. Überdies steht die gutachterliche Einschätzung auch in Einklang mit dem Aktivitätsniveau in anderen Lebensbereichen, hielten doch die Gutachterinnen und Gutachter zutreffend fest, dass das Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig und nur leicht beeinträchtigt sei (act. II 77. 1 S. 13 Ziff. 4.6, act. II 77.2 S. 11 f., act. II 77.3 S. 12, act. II 77.4 S. 10, act. II 77.7 S. 3).

**3.3.5** Schliesslich beanstandet der Beschwerdeführer, im gesamten Gutachten fehle die Einschätzung der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit. Diese hätte beurteilt werden müssen. Auch diesbezüglich sei das Gutachten unvollständig (Beschwerde S. 6 Ziff. 2.4.3). Die Untersuchungen zur Erstattung des Gutachtens der MEDAS erfolgten im Dezember 2018 und Januar 2019 (act. II 77.1 S. 5). Bei hypothetischem Rentenbeginn im Juni 2017 (vgl. E. 4.2 hiernach) und davon ausgehend, dass nach den vorherigen Ausführungen (vgl. E. 3.3.4 hiervor) zu diesem Zeitpunkt sowohl nach der Auffassung der Gutachter der MEDAS als auch der Neurologen des Spitals D.\_\_\_\_\_ (act. II 27 S. 2) einzig noch die ophthalmologischen Befunde massgeblich waren, ist aufgrund des Umstands, dass sich der Beschwerdeführer letztmals am 3. August 2017 zur augenärztlichen Kontrolle begab (act. II 34 S. 3), auch hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf das Gutachten der MEDAS abzustellen. Auch in dieser Hinsicht erweist sich die vom Beschwerdeführer geäusserte Kritik als unbegründet.

Unter diesen Umständen ist der (medizinische) Sachverhalt hinreichend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweisvorkehrungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

#### 4.

##### 4.1

**4.1.1** 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). 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 be-

ruflichen 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**4.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der hypothetisch frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung des Beginns der relevanten Arbeitsunfähigkeit (infolge der multiplen bihemisphärischen Hirninfarkte am 7. Juni 2016; act. II 16 S. 27, act. II 77.1 S. 15) und des Wartejahres sowie der Anmeldung im Oktober 2016 (act. II 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juni 2017 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

**4.3** Entgegen der angefochtenen Verfügung (act. II 85) ist beim mutmasslichen Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.3.3 hiavor) – nicht auf den Beruf eines ... abzustellen, hat doch der Beschwerdeführer eine ordentliche Lehre zum ... abgebrochen und erst im Oktober 2010 im Alter von gut 21 Jahren die Ausbildung bei F.\_\_\_\_\_, ... (heute ...), nachgeholt bzw. abgeschlossen (act. II 8 S. 4, act. II 21 S. 2 f.), wobei dieser Berufsabschluss nicht denselben Stellenwert wie eine Ausbildung mit dem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis hat. In der Folge hat der Beschwerdeführer dann während mehr als 10 Jahren Tätigkeiten in anderen Bereichen ausgeübt (...) – ausgenommen in der Zeit vom 17. Dezember 2007 bis 29. Februar 2008 – und hatte oft Temporäranstellungen inne (act. II 21 S. 2). Vor diesem Hintergrund ist das Valideneinkommen anhand des Totalwertes der Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE festzusetzen.

Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft bzw. keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen ebenfalls auf der Grundlage des Totalwertes der Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, zu bestimmen (Entscheidung des BGer vom 10. April 2019, 8C\_811/2018, E. 5.3, vom 13. Juni 2018, 8C\_212/2018, E. 4.4.1, und vom 11. Oktober 2017, 8C\_457/2017, E. 6.3 je mit Hinweisen). Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % berücksichtigt wurden, rechtfertigt sich vorliegend – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 2.3 und S. 9 Ziff. 4.2) – kein Abzug vom Tabellenlohn. Ein solcher wurde von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht vorgenommen (act. II 85 S. 2 f.). Selbst wenn der Beschwerdeführer auf einen sog. Nischenarbeitsplatz angewiesen wäre, so würde dies nicht zur Verneinung des Vorhandenseins entsprechender Arbeitsgelegenheiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt führen. Der Angebotsfächer des ausgeglichenen Arbeitsmarktes umfasst auch ausserhalb geschützter Werkstätten Arbeits- und Stellenangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers zu rechnen ist (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Sodann wären – da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln sind – die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen (vgl. Entscheidung des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

**4.4** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 % (vgl. E. 2.2 hiervor), da der medizinisch-theoretische Wert der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit hier 30 % beträgt (vgl. E. 3.3.4 hiervor).

**4.5** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2019 (act. II 85) im Ergebnis 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**5.2** Der unterliegende Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Die Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin und Notarin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführer

- IV-Stelle Bern (mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 3. Dezember 2019)
- 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.