

200 19 659 IV  
FUR/PES/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Juli 2020**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiber Peter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. Juli 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Im September 2011 meldete sich der 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an. Bezüglich Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung nannte er Schlafstörungen, Depression, Burn-Out. Die gesundheitliche Beeinträchtigung würde seit September 2010 bestehen (Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (AB 10 ff., 18 ff., 23, 29 f.) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 13. Februar 2013 eine Integrationsmassnahme in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 1. Februar bis 30. April 2013 (AB 32). Diese Integrationsmassnahme wurde in der Folge mit Mitteilung vom 22. Mai 2013 bis 31. Juli 2013 verlängert (AB 39; siehe auch Mitteilung vom 17. Juni 2013 bezüglich neuer Durchführungsstelle ab diesem Datum [AB 41]). Mit Mitteilung vom 30. Juli 2013 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten sodann ein weiteres Belastbarkeitstraining bei der neuen Durchführungsstelle vom 1. August bis 23. Oktober 2013 (AB 42) sowie mit Mitteilung vom 23. Oktober 2013 eine weitere Verlängerung der Massnahme bis 15. Januar 2014 (AB 44). Am 15. Januar 2014 sprach die IV-Stelle dem Versicherten als berufliche Massnahme ein Arbeitstraining vom 16. Januar bis 15. April 2014 zu (AB 47; siehe auch AB 54). Mit Mitteilung vom 26. März 2014 schloss sie die beruflichen Massnahmen ab. Ihre Abklärungen hätten ergeben, dass aufgrund des aktuellen Gesundheitszustands des Versicherten zurzeit keine weiteren beruflichen Massnahmen möglich seien (AB 56).

Nach Aktualisierung der medizinischen Akten (AB 58) beauftragte die IV-Stelle auf Empfehlung des RAD Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Begutachtung des Versicherten (AB 59 ff.; Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 [AB 63.1]). Nachdem ihr das Dossier inkl. Gutachten zur Beurteilung unterbreitet worden war, hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom RAD, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 7. September 2016 fest, zur Beantwortung der verwal-

tungsseitigen Fragen sei eine polydisziplinäre Begutachtung (MEDAS) in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie einschliesslich Medikamentenspiegelkontrollen und Kontrolle des Diabetes, der Schilddrüsenfunktion und der Herz-Kreislauffunktionen erforderlich. In den Arztberichten wie auch im Gutachten des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sei eine eingeschränkte Medikamentencompliance dokumentiert. Im Gutachten werde die Diskrepanz zwischen der dokumentierten oberflächlichen und brüchigen Behandlungscompliance einerseits und dem vorgetragenen subjektiven Leidensdruck und der dokumentierten Symptorausweitung andererseits nicht gewürdigt. Ebenfalls sei nicht differentialdiagnostisch auf eine mögliche Symptomüberschneidung zu Diagnosen aus dem somatischen Fachgebiet eingegangen worden (AB 84 S. 3 f.).

Am 19. September 2016 fand wegen zunehmender Schmerzen im medialen linken Knie bei bildgebend nachgewiesener medialer Meniskusläsion (AB 100 S. 11) eine Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie, schonendem Knorpelshaving sowie partieller ventraler Synovialektomie Knie links statt (AB 100 S. 3). Nach Einholung eines Verlaufsberichts beim Hausarzt des Versicherten zu Aktualisierung der Akten (AB 92) beauftragte die IV-Stelle im Oktober 2016 über die Plattform SuisseMed@p nach dem Zufallsprinzip die F.\_\_\_\_\_ (MEDAS) mit einer medizinischen Abklärung (vgl. AB 86, 93, 95 ff., 99, 102 f.). Das entsprechende Gutachten datiert vom 26. Januar 2017 (AB 104.1).

Nach Einholung ergänzender Auskünfte bei den früher und aktuell behandelnden Ärzten des Versicherten (AB 106, 112, 113, 116) ging das Dossier erneut an Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom RAD zur Beantwortung der Frage, ob auf die psychiatrische Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 26. Januar 2017 (AB 104.1) abgestellt werden könne (AB 118 S. 1). Mit ärztlichem Bericht vom 10. August 2017 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hierauf fest, aus Sicht des RAD sei eine erneute psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben, um die von ihr dargelegten Inkonsistenzen im psychiatrischen Teलगutachten zu klären (AB 118 S. 4). Am 18. August 2017 wurde dem Versicherten in der Folge mitgeteilt, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer weiteren psychiatrischen Untersuchung beauftragt werde (AB 120). Der Versichert reichte hierauf am

5. September 2017 eine Zusatzfrage ein (AB 123). Mit Schreiben vom 12. Dezember 2017 lehnte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ den Gutachtensauftrag ab, da sie zu zwei der involvierten Ärzte ein persönliches, freundschaftliches Verhältnis habe, was ihre Objektivität und Unvoreingenommenheit beeinträchtigen könne (AB 125). Auf die Anfrage der IV-Stelle, ob aufgrund dieser Sachlage eine Untersuchung durch den RAD erfolgen könne (vgl. AB 127 ff.), wurde der Versicherte am 6. und 23. Februar 2018 durch den RAD selbst, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, fachärztlich untersucht (Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 [AB 138]).

Mit Vorbescheid vom 22. November 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 146).

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, am 9. Januar 2019 Einwand mit dem Rechtsbegehren, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen (AB 150). Am 8. Februar 2019 gingen der IV-Stelle sodann in Nachbesserung des Einwands eine Einwandbegründung sowie ein Bericht der psychiatrischen Dienste H.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2019 zu (AB 152).

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD zu den erhobenen Einwänden (AB 154) verfügte die IV-Stelle am 3. Juli 2019 ihrem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 155).

## **B.**

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, wiederum vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, am 3. September 2019 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei angemessen festzustellen und auf deren Grundlage der Invaliditätsgrad neu zu beurteilen resp. es seien ihm eine IV-Rente sowie allenfalls berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen – unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin – unter Beilage einer Stellungnahme des RAD vom 6. November 2019 zum mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. August 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 4) – die Beschwerde sei abzuweisen.

Am 12. Dezember 2019 reichte der Beschwerdeführer dem Gericht unaufgefordert eine Replik samt Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2019 (BB 5) zum RAD-Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 sowie die Bestätigung einer stattgehabten Psychotherapie bei J. \_\_\_\_\_ zwischen März 2004 und Februar 2008 (BB 6) ein.

In ihrer Duplik hält die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die bisherigen Ausführungen und insbesondere den Untersuchungsbericht des RAD vom 18. November 2018, die Stellungnahme des RAD vom 6. November 2019 sowie eine erneute Stellungnahme des RAD vom 23. Januar 2020 am gestellten Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Am 28. Februar 2020 ging beim Gericht eine erneute Eingabe des Beschwerdeführers mit einer Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin (BB 7) zu den neusten Einlassungen des RAD vom 23. Januar 2020 ein.

## **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 Anträ-

gen 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** Angefochten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Juli 2019 (AB 155). Streitig und zu prüfen ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eine Rente.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der

invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt.

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; 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).

**2.6** 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).

In Bezug auf Atteste von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht jedoch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

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 Be-

weiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Gemäss dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 (AB 63.1) waren beim Beschwerdeführer im Begutachtungszeitpunkt als psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Herbst 2010 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) sowie als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit narzisstische, perfektionistische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), zumindest seit der Adoleszenz vorhanden (Differentialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung; ICD-10: F61.0), sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), bestehend seit ca. 2010, zu stellen. Als somatische Diagnose hielt er zudem ein cervicolumbo-vertebrales Schmerzsyndrom fest, wobei er diese Diagnose als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einstufte (AB 63.1 S. 20 f.). Der Beschwerdeführer gebe ständige Ängste sowie ausgeprägte Rückzugstendenzen an. Es bestehe eine deutliche Beeinträchtigung des Selbstwertlebens. Affektiv wirke er gleichbleibend ernst, selten weinend, nie dysphorisch. Der Antrieb sei in der Abklärungssituation leicht vermindert gewesen. Im Alltag sei er gemäss Beschwerdeführer stark vermindert mit ausgeprägter Regressionstendenz. Mimik, Gestik und Haltung seien vermindert mit seltenem Weinen und normalem, traurigem Blickkontakt (AB 63.1 S. 14).

Der Beschwerdeführer nenne ein andauerndes Gefühl, dass er eigentlich lieber sterben möchte. Es fehle ihm jedoch der Antrieb, dies durchzuführen. Es bestünden keine Anhaltspunkte für fremdaggressives oder impulsives Verhalten und es bestehe auch keine Automutilation. Der klinische Eindruck und die Anamnese vermittelten eine überdurchschnittliche Intelligenz. Die Blutspiegel von Lithium und Pregabalin seien unmessbar tief gewesen. Dies werfe Fragen nach der (zumindest aktuellen) medikamentösen Compliance auf (AB 63.1 S. 15). Die sogenannten dissoziativen Bewusstseinsstörungen seien wohl am ehesten als Gedankenverlorenheit zu interpretieren. Das Zustandsbild des Beschwerdeführers sei schillernd und wohl am ehesten in einer depressiven Störung mit Persönlichkeitsproblematik anzusiedeln. An einer rezidivierenden depressiv-ängstlichen Störung könne nicht gezweifelt werden. Aktuell sei der Beschwerdeführer zumindest mittelgradig deprimiert, wobei soziale und Versagensängste im Vordergrund stünden. Nebst dieser glaubhaften, chronisch-depressiven Problematik bestünden beim Versicherten deutliche Auffälligkeiten seiner Persönlichkeit, insbesondere kränkbar-narzisstischer, perfektionistischer und histrionischer Natur. Die narzisstischen, perfektionistischen und histrionischen Persönlichkeitsauffälligkeiten hätten per se keinen Krankheitswert, dürften aber ein Stück weit für die wechselnde, etwas schillernde Symptomatik wie auch für die Eigenwilligkeiten des Beschwerdeführers im Umgang mit der medikamentösen Behandlung verantwortlich sein. Familiäre und kulturelle Wurzeln dieser Persönlichkeitsauffälligkeiten seien offensichtlich. Andere psychische oder psychiatrische Störungen von Krankheitswert seien nicht vorhanden. Das somatoforme Schmerzsyndrom resp. die Somatisierungsstörung sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant, die angebliche „Schreibphobie“ – in Wirklichkeit wohl eine reale Versagensangst – auch nicht. Eine posttraumatische Belastungsstörung oder gar eine Persönlichkeitsveränderung nach langjähriger Belastung seien nicht ersichtlich; hierfür fehlten schlichtweg die realen, lebensbedrohlichen Traumatisierungen. Ebenso wenig bestehe eine Abhängigkeitserkrankung (AB 63.1 S. 19 f.). Der Beschwerdeführer weise (ausser einer verminderten Konzentrationsfähigkeit in emotional belastenden Situationen) prinzipiell intakte kognitive Fähigkeiten auf. Zudem sei er körperlich nicht beeinträchtigt. Durch die Depression sei seine Belastbarkeit jedoch deutlich vermindert. Der Beschwerdeführer könne als ... arbeiten, wie auch als .... Eine solche Ver-

weistätigkeit werde durch die ängstlich-depressiven Symptome weniger stark eingeschränkt als eine Tätigkeit als .... Ebenfalls denkbar seien unqualifizierte, manuelle Tätigkeiten im ... oder ..., dies jedoch vorwiegend im geschützten Bereich. Als ... und als ... sei der Beschwerdeführer stundenweise einsetzbar, wobei eine regelmässige Tätigkeit aufgrund der depressiven Symptomatik und der Versagens- und sozialen Ängste nach Meinung des Gutachters schwierig sein dürfte (AB 63.1 S. 26). In seinem angestammten Beruf als ... sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig (AB 63.1 S. 21).

**3.1.2** Mit Stellungnahme vom 7. September 2016 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom RAD in Beurteilung des Dossiers inkl. dem Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 (AB 63.1) fest, zur Beantwortung der verwaltungsseitigen Fragen sei eine polydisziplinäre Begutachtung (MEDAS) in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie einschliesslich Medikamentenserumspiegelkontrollen und Kontrolle des Diabetes, der Schilddrüsenfunktion und der Herz-Kreislauffunktionen erforderlich. In den Arztberichten wie auch im Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei eine eingeschränkte Medikamentencompliance dokumentiert. Im Gutachten werde die Diskrepanz zwischen der dokumentierten oberflächlichen und brüchigen Behandlungscompliance einerseits und dem vorgetragenen subjektiven Leidensdruck und der dokumentierten Symptorausweitung andererseits nicht gewürdigt. Ebenfalls sei nicht differentialdiagnostisch auf eine mögliche Symptomüberschneidung zu Diagnosen aus dem somatischen Fachgebiet eingegangen worden (AB 84 S. 3 f.).

**3.1.3** Im MEDAS-Gutachten vom 26. Januar 2017 sind als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronisch verlaufende therapieresistente depressive Störung, zurzeit mittelschwere Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.1) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) aufgeführt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kardiovaskuläre Risikokonstellation, eine mediale Meniskusläsion bei traumatisierter, beginnender medialer Gonarthrose Knie links, ein leichtes Schlafapnoesyndrom, einen Verdacht auf ADHS (ICD-10: F90.0), ein Restless-Legs-Syndrom sowie Spannungskopfschmerzen (AB 104.1 S. 12). Von den somatischen Beschwerden würden

keine Auswirkungen auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ausgehen. Der Diabetes mellitus sei unter einer geringen oralen Medikation gut eingestellt. Diabetische Spätfolgen seien nicht zu erheben. Auch die arterielle Hypertonie sei unter der aktuellen Medikation gut eingestellt. Verdächtige kardiovaskuläre Symptome fehlten. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom dürfe gegenwärtig als nur leichtgradig betrachtet werden und zeige noch keine therapeutischen Konsequenzen. Bei anamnestischer „Hypothyreose“ seien die Schilddrüsenfunktionswerte aktuell – ohne Medikamente – normal. Schliesslich werde der Verlauf nach der arthroskopischen Meniskusoperation als regelrecht taxiert. Objektiv gesehen sei aktuell klinisch nur ein minimaler Resterguss vorliegend, sonst aber eine gute Beweglichkeit des Knies ohne Hinweis auf eine Entzündung, sodass von einer weiteren Besserung über die nächste Zeit auszugehen sei (AB 104.1 S. 13). Das Restless-Legs-Syndrom sei durch eine medikamentöse Behandlung gemindert. Der neurologische Befund sei unauffällig. Es fänden sich keine nervalen Reiz- oder Ausfallerscheinungen. Da keine neurologischen Krankheiten vorlägen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit auf neurologischem Gebiet nicht eingeschränkt (AB 104.1 S. 13). Klare Auswirkungen auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit habe dagegen die depressive Störung, die gemäss psychiatrischem Gutachter von einer Persönlichkeitsstörung getriggert werde (AB 104.1 S. 13 f.). Laut psychiatrischem Befund waren Aufmerksamkeit und Konzentration anlässlich der Begutachtung unauffällig. Der Versicherte war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Die Funktion des Kurz- und Langzeitgedächtnisses war regelrecht, die Merkfähigkeit ungestört. Klinisch seien keine mnestischen Störungen validierbar gewesen. Es fanden sich keine Hinweise auf Depersonalisation, Derealisation oder sonstige Beeinträchtigungen der Ich-Funktion. Die Intelligenz sei unter Berücksichtigung von Bildung und klinischem Eindruck überdurchschnittlich. Der Versicherte habe sehr angespannt und psychomotorisch deutlich unruhig gewirkt. Im formalen Denken sei der Versicherte kohärent, zeitweise sprunghaft gewesen. Er könne oft den roten Faden nicht halten. Es bestünden keine Hinweise für psychotisches Erleben, keine Wahnideen und auch kein Hinweis für Zwangsideen. Die Realitätsorientierung und -anpassung sei beim Beschwerdeführer regelrecht. Der Affekt sei in der Untersuchungssituation pathologisch verändert gewesen, zwischen

Affektsperre, depressivem Affekt, Affektlabilität, zeitweise verzweifelt, zeitweise im Rapport affektiv distanziert. Es bestünde kein Hinweis für eine Parathymie. Die biographische Persönlichkeitsentwicklung sei einerseits von der Bewältigung von schwierigen Lebensphasen wie Flucht und Anpassung in einem fremden Land geprägt, andererseits von sehr hohem Leistungsdruck, hohem Bedürfnis nach Ansehen, Akzeptanz und Anerkennung. In der Persönlichkeitsentwicklung zeige sich eine reduzierte Fähigkeit zur Affektregulierung und zur adäquaten Stressbewältigung. Die Persönlichkeitsmerkmale seien narzisstisch, depressiv, leichte Kränkbarkeit. Es bestünden keine Hinweise für Zwänge oder Phobien (AB 104.3 S. 5 f.). Die reduzierte Fähigkeit zur Affektregulation, die Antriebsminderung, die geringe Stresstoleranz, die reduzierte Konzentration, die fehlende Ausdauer wie auch die anhaltende Unruhe machten den Versicherten aus psychiatrischer Sicht für seine angestammte Tätigkeit als ... zu 100% arbeitsunfähig (AB 104.3 S. 7). Für maximal angepasste Tätigkeiten im Rahmen seiner Ressourcen bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von 20% (AB 104.3 S. 9).

**3.1.4** Mit ärztlichem Bericht vom 10. August 2017 (AB 118 S. 2 ff.) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom RAD fest, weder der im psychiatrischen Gutachten der MEDAS dargestellte Psychostatus noch das soziale Aktivitätsniveau (...) noch die Mobilität des Beschwerdeführers sprächen für, sondern sämtlich gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung (AB 118 S. 3). Eine erhöhte Kränkbarkeit und eine Selbstunsicherheit als Merkmale einer narzisstischen Persönlichkeit hätten bereits zum Zeitpunkt seiner Schul- und Berufsausbildung und somit auch bereits seit der Einreise in die Schweiz 1988 bestanden. Die Fähigkeit des Beschwerdeführers, soziale Regeln einzuhalten und sich wechselnden Leistungssituationen anlässlich einer polydisziplinären Begutachtung anpassen zu können und freundlich und kooperativ zu sein, sprächen gegen das Vorliegen rigider Denk- und Verhaltensmuster mit Auswirkung auf die Anpassungsfähigkeit. Eine Therapie mit Psychopharmaka sei anlässlich der polydisziplinären Begutachtung und nach eigenanamnestischen Angaben seit mehreren Monaten nicht mehr erfolgt. Der Blutzuckerlangzeitwert habe unter einer oral medikamentösen Behandlung mit Metformin im Normbereich gelegen. Diabetes-Folgeschäden beständen nicht. Die Schilddrüsenfunktion sei normal

gewesen. Die Blutfette seien unter der Therapie mit einem Lipidsenker im Normbereich gelegen. Die Blutdruckwerte seien unter Therapie mit einem blutdrucksenkenden Kombinationspräparat im unteren Bereich der Norm gelegen. Der Beschwerdeführer sei adäquat gekleidet und im Umgang höflich und freundlich gewesen. Sämtliche Fakten sprächen für eine ausreichende Selbstfürsorge aber auch für die erhaltene Fähigkeit des Beschwerdeführers zur Eigen- und Fremdwahrnehmung und zur (professionellen) Fremdfürsorge. Zusammengefasst hätten anlässlich der polydisziplinären Begutachtung vom Dezember 2016 aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht keine objektiven Befunde vorgelegen, die eine quantitative Leistungseinschränkung im psychiatrischen Fachgebiet hätten begründen können. Die Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Gutachten sei deshalb nicht plausibel. Laut Bericht der H. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2017 (AB 116 S. 2 ff.) seien am 14. Dezember 2016 alle Antidepressiva abgesetzt gewesen. Seit Februar 2017 erhalte der Beschwerdeführer in Absprache mit seinem Hausarzt Wellbutrin 300 mg täglich. Ein Medikamentenserumspiegel liege nicht vor. Aus Sicht des RAD sei eine erneute psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben, um die dargestellten Inkonsistenzen im psychiatrischen Teilgutachten zu klären (AB 118 S. 4).

**3.1.5** Nachdem Dr. med. G. \_\_\_\_\_ den Gutachtensauftrag wegen möglicher Befangenheit abgelehnt hatte (vgl. AB 125), wurde der Beschwerdeführer durch den RAD selbst, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, fachärztlich untersucht. Gemäss dem Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 zur neurologisch-psychiatrischen Untersuchung vom 6. und 23. Februar 2018 traten beim Beschwerdeführer nach einer jeweils mehrstündigen Untersuchung an beiden Untersuchungstagen in der zweiten Tageshälfte keine Zeichen einer vorzeitigen (krankhaften) psychischen oder physischen Erschöpfung auf (normales Blutdruckverhalten, normale Atmung, kein Schwitzen, normales Hautkolorit, zügiges Gangbild bei der Verabschiedung, kräftige Stimme, regelrechte Ausdrucks- und Mitbewegungen, erhaltene geistige Flexibilität; AB 138 S. 28). Die Grundstimmung sei während der gesamten Untersuchung weder zum depressiven noch zum manischen Pol hin verschoben gewesen. Der Affektausdruck habe mit dem jeweiligen Gesprächsthema geschwankt, ohne dass eine Affektinkontinenz aufgetreten sei. Der Beschwerdeführer habe weder eine anhaltende Depressivität

noch eine anhaltende Ängstlichkeit oder Gereiztheit gezeigt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei regelrecht gewesen. Der Beschwerdeführer zeige eine Tendenz zur Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, die mit einem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen („Horror“) verbunden sei. Die überwiegend vage und stereotyp geschilderten Beschwerden lägen stark im subjektiven Erleben. Über berufliche Themen spreche der Beschwerdeführer mit professioneller Sachlichkeit. Der formale Gedankengang sei geordnet und strukturiert, stellenweise assoziativ gelockert und weder zerfahren noch ideenflüchtig noch inhaltlich eingeengt gewesen. Inhaltlich hätten sich keine produktiven Elemente, keine überwertigen Ideen, keine Zwangsphänomene und keine phobischen Störungen gefunden. Der Beschwerdeführer habe von konkreten Sorgen und Ängsten berichtet (finanzielle Sorgen, Existenzängste, Erwartungsangst, Kontrollverlustangst), ohne dass klinische Zeichen einer erhöhten vegetativen Labilität oder einer akuten/chronischen Stress-/Disstress-Reaktion vorgelegen hätten (AB 138 S. 25). Der Beschwerdeführer zeige eine hohe Selbst- und Fremdfürsorge. Er sei in der Lage, sich den wechselnden Anforderungen einer mehrstündigen Begutachtung (Leistungsbeurteilung) zeitnah anzupassen und sein Leistungsverhalten willentlich zu steuern. Er habe sich an beiden Untersuchungstagen kontrolliert verhalten (Selbst- und Situationskontrolle). Er könne seine Bedürfnisse formulieren und handle nach festen Prinzipien. Er zeige keine Merkmale einer emotional-instabilen Persönlichkeit. Er besitze vielmehr ein klares eigenes Selbstbild mit eigenen Zielen und Präferenzen. Es hätten sich an beiden Untersuchungstagen die Denk- und Verhaltensmuster einer histrionischen Persönlichkeit gezeigt: Der Beschwerdeführer habe eine Tendenz zur Dramatisierung bezüglich der eigenen Person („der Horror“, „ich dissoziiere“, „Flashbacks ohne Bilder“), ein theatralisches Verhalten und einen übertriebenen Ausdruck von Gefühlen gezeigt. Es habe eine oberflächliche und labile Affektivität bestanden. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung im RAD ein ständiges Verlangen nach Aufmerksamkeit und Anerkennung durch andere gezeigt. Er habe ein starkes Interesse an körperlicher Unversehrtheit und Attraktivität. Es bestehe sowohl eine Selbstbezogenheit im Denken als auch ein manipulatives Verhalten zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Gleichzeitig bestehe ein narzisstischer Persönlichkeitszug in Form der Tendenz, die eigene (professionelle) Grossartigkeit zu betonen, ohne dass diese Tendenz überwiege.

Der Beschwerdeführer sei sowohl introspektionsfähig als auch veränderungsfähig. Er zeige kein rigide-stereotypes, sondern ein situativ-wechselndes und angepasstes Verhalten. Er könne intrapsychische und interpersonelle Konflikte benennen und sich gegenüber den Forderungen Dritter durch Eigeninitiative, Verhaltensmodifikation und Prinzipientreue abgrenzen. Sein Denken und Handeln sei prospektiv ausgerichtet. Er zeige weder Resignation noch Selbstmitleid noch soziale Abkapselung, sondern fordere vielmehr Selbstbestätigung durch andere ein und nutze gedankliche Ablenkungen (AB 138 S. 28).

Der Beschwerdeführer verfüge über zahlreiche individuelle personale und soziale Schutzfaktoren vor Entwicklung einer Depression bzw. vor Suizidalität. Er verfüge insbesondere über ein hohes Bildungsniveau und über eine mindestens durchschnittliche Intelligenz, die mit sozialen Fertigkeiten und mit der Bereitschaft zur Inanspruchnahme sozialer/professioneller Unterstützung verbunden sei. Er sei mobil (... , ... , ...) und verfüge über hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Er nutze verinnerlichte positive Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien, insbesondere Kontrollstrategien (Reaktions- und Situationskontrolle) und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Er zeige seit seiner Jugend ein Streben nach Autonomie im Privatleben und im Beruf. Er verfüge über Durchhaltevermögen, Ehrgeiz und gute Problemlösefähigkeiten (analytisches Denken, Arbeiten im Team) und praktiziere aktives Problem- und Konfliktlösungsverhalten. Er zeige eine prospektive gedankliche Ausrichtung und das Vorhandensein von Veränderungsmotivation/Veränderungsfähigkeit. Hinzu komme seine Fähigkeit, eigene Entspannungsbedürfnisse zu nutzen und sich gegenüber (überhöhten) Anforderungen/Forderungen anderer durch Distanz zu schützen. Der Beschwerdeführer zeige – trotz seiner eigenanamnestisch hohen intrinsischen Leistungsmotivation – keine übertriebene Sorgfalt oder Zwanghaftigkeit in Leistungssituationen. Auch im beruflichen Kontext nehme er bereitwillig – eigenen Angaben zufolge – die Unterstützung anderer (... , ... etc.) in Anspruch (für ... etc.). Er sei im Sozialkontakt extrovertiert und direkt. Er kommuniziere direkt und verhalte sich zielgerichtet direktiv. Er könne sein Leistungsverhalten bewusst steuern und sich durch Distanz abgrenzen. Zusammengefasst wiesen weder die Testantworten im Fragebogen zur Erfassung dysfunktionaler Einstellungen (DAS) formal betrachtet auf das Vorliegen

genereller dysfunktionaler Überzeugungen hin noch ergäben sich diesbezügliche Hinweise aus dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) 120 oder aus den Angaben des Beschwerdeführers im Untersuchungsgespräch (Vorherrschen positiver Stress-/Disstress-Bewältigungsstrategien) oder dem gesamtklinischen Bild (kein maladaptives Verhalten).

Anlässlich der Bearbeitung aller Testverfahren an beiden Untersuchungstagen im RAD habe der Beschwerdeführer hinreichend konzentriert und hinreichend sorgfältig gearbeitet. Er habe weder eine erhöhte Ablenkbarkeit noch eine (vorzeitige) Erschöpfung während der mehrstündigen Untersuchung an jeweils zwei Tagen gezeigt. Der Beschwerdeführer zeige klinisch kein maladaptives Verhaltensmuster (kein dysfunktionales Verhalten, keinen psychischen Masochismus), wie es bei Depressiven oder zu Depressionen neigenden Personen als lebenszeitstabiles kognitives Schema vorherrsche. Der Beschwerdeführer zeige weder eine Depression noch habe er ein erhöhtes Depressionsrisiko. Er sei sich seiner selbst bewusst. Er zeige hohe Selbstwirksamkeitserwartungen. Er habe klare Prinzipien, nach denen er handle. Er denke und handle zielstrebig, zweck-, erfolgs- und bedürfnisorientiert (AB 138 S. 36 f.).

Anlässlich des Mehrfachwahl-Wortwahl-Intelligenztests (MWT-B) habe nur eine oberflächliche Motivation zur Testdurchführung bestanden. Die Schlussanalyse seiner Antworten zeige, dass der Beschwerdeführer Fach-/Sachbegriffe (...) richtig erkenne, wohingegen er einfachere Alltagsbegriffe (...) nicht zu erkennen vorgebe. Die Inkonsistenzen zwischen dem Bildungsniveau des Beschwerdeführers einerseits und seinen Testantworten im MWT-B andererseits als auch die Inkonsistenzen innerhalb der Testantworten (Subtestanalyse) sprächen für ein willentlich gesteuertes Leistungsverhalten bzw. Zweckverhalten (negative Antwortverzerrung; AB 138 S. 29 f.). Der DemTect-Test sei wegen eingeschränkter Mitarbeit abgebrochen worden (AB 138 S. 30 f.). Das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers habe zum einen seine gute Selbst- und Situationskontrolle als auch sein willentlich gesteuertes Leistungsverhalten gezeigt. Seine Testantworten sprächen für eine normale Merkfähigkeit. Sein Verhalten anlässlich der Testdurchführung spreche für sein Durchsetzungsvermögen – auch gegenüber äusseren Widerständen (AB 138 S. 31).

Der Beschwerdeführer handle pragmatisch. Er arbeite zweckorientiert und ohne Zeit in Nachkontrollen oder in Feedbacks zu investieren. Er zeige – entgegen seinen Angaben – weder im direkten Gesprächskontakt noch im Arbeitsverhalten den für den sorgfältig-zwanghaften Persönlichkeitsstil typischen Perfektionismus. Seine Selbstbezogenheit im Denken, seine Tendenz zur gedanklichen Grossartigkeit und sein Eigensinn hätten keinen Krankheitswert. Seine Kontrollstrategien (Reaktionskontrolle, Situationskontrolle) seien Adaptivstrategien zur Kontrolle von Stressoren. Der Beschwerdeführer habe klare Prinzipien und ein klares Selbstbild. Er lebe und arbeite in geordneten soziefamiliären bzw. sozioprofessionellen Strukturen. Er agiere in einem Netzwerk vielfältiger beruflicher und privater Kontakte. Er reagiere weder impulsiv noch selbst- oder fremdverletzend. Die Merkmale einer emotional-instabilen Persönlichkeit seien somit nicht erfüllt (AB 138 S. 38).

An beiden Untersuchungstagen (6. und 23. Februar 2018) hätten weder klinisch noch laborchemisch (6. Februar 2018) Zeichen einer akuten oder chronischen Stress-/Disstress-Reaktion bestanden, wie sie im Falle einer chronischen/therapieresistent verlaufenden psychiatrischen Erkrankung zu erwarten gewesen wären. Solche hätten auch anlässlich der Vorbegutachtungen 2014 und 2016 nicht festgestellt werden können. Im Gegensatz zum still-depressiven (passiven) Persönlichkeitsstil zeige der Beschwerdeführer keine Passivität, sondern ein extrovertiertes Verhalten und eine offen-direkte Kommunikation. Er sei erfolgs- und leistungsorientiert und in der Lage, selbständige Entscheidungen zu treffen und zu handeln, so auch in Bezug auf die gezielte Auswahl der ihm angebotenen Therapieformen. Der Beschwerdeführer zeige klinisch die Denk- und Verhaltensmuster einer histrionischen Persönlichkeit nach ICD-10, vor allem eine Dramatisierung bezüglich der eigenen Person und eine Selbstbezogenheit im Denken. Sein Verhalten sei rational gesteuert und zweckgerichtet-manipulativ und auf die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse ausgerichtet. Darüber hinaus zeige der Beschwerdeführer auch ein übermässiges Interesse an körperlicher Attraktivität und an körperlicher Unversehrtheit. Er denke analytisch und handle rational. Sein (Leistungs-)Verhalten sei an beiden Untersuchungstagen willentlich gesteuert und seine Affektregungen seien kontrolliert gewesen (AB 138 S. 42). Er habe kein starres Denk- und Verhaltensmuster

gezeigt. Er sei in der Lage, sein Verhalten zu reflektieren und zu modifizieren, um seine individuellen Ziele zu erreichen und seine Bedürfnisse zu befriedigen. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien somit nicht erfüllt (AB 138 S. 38).

Seit dem IV-Gesuchseingang am 26. September 2011 bestehe eine Diskrepanz zwischen dem vom Beschwerdeführer vorgetragenen beruflichen Leistungsvermögen einerseits und dem hohen Autonomie- und Kontrollstreben, dem Umfang der Teilhabe, der Selbst- und Fremdfürsorge, der Mobilität und den unbeeinträchtigten Anpassungsleistungen des Beschwerdeführers andererseits. Seit IV-Gesuchseingang bestünden beim Beschwerdeführer keine kognitiven Leistungseinschränkungen. Der Beschwerdeführer könne sein Verhalten, so auch sein Leistungsverhalten, willentlich steuern und situativ modifizieren. Er verfüge über verinnerlichte Adaptivstrategien im Umgang mit Stress/Disstress und mit Konfliktsituationen. Seit IV-Gesuchseingang habe – rückblickend betrachtet – keine leistungsrelevante Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet objektiv ausgewiesen und plausibel nachvollziehbar begründet werden können. Der Beschwerdeführer verfüge vielmehr über zahlreiche Schutzfaktoren vor der Entwicklung einer affektiven Störung (AB 138 S. 43). Als Funktionsstörung sei ein leichtgradig eingeschränktes Richtungshören ohne Beeinträchtigung der sprachlichen Kommunikation im direkten Blickkontakt zu nennen (AB 138 S. 44). Zusammengefasst sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden objektiv ausgewiesen, weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet (AB 138 S. 43).

**3.1.6** Demgegenüber wird in dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens von Seiten des Beschwerdeführers eingereichten Bericht der H. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2019 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer, festgehalten. Es bestehe eine chronifizierte Depression. Aktuell würden sie von einer schweren depressiven Episode ausgehen. Vom RAD werde entgegen aller Arztberichte, IV-Gutachten und klinischen Beobachtungen eine depressive Erkrankung nicht berücksichtigt. Es seien die psychopathologischen Befunde zur Begründung einer nicht depressiven Symptomatik herangezogen worden, nicht aber das Verhalten, welches sich auf die Arbeitsfähigkeit und die All-

tagsbewältigung auswirke (AB 152 S. 3). Eine depressive Symptomatik, narzisstisch-histrionische Persönlichkeitszüge wie auch somatische Beschwerden würden in keinem der seit 2010 erstellten Arztberichte in Frage gestellt, sondern als relevante Diagnosen für die Arbeitsunfähigkeit gesehen. Seither habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sogar eher verschlechtert. Die Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens durch den RAD stehe in deutlichem Widerspruch zum klinischen Bild (AB 152 S. 4). Beim Beschwerdeführer liege eine chronifizierte depressive Störung vor. Diese Diagnose sei in mehreren Gutachten und Berichten bestätigt worden. Die chronifizierte Depression werde zudem durch die narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitszüge unterhalten, was auf die Rückbildung der Symptomatik und das Erreichen eines ausreichenden sozialen und arbeitsmässigen Funktionsniveaus einen ungünstigen Einfluss habe (AB 152 S. 6).

**3.1.7** Mit Stellungnahme vom 28. Juni 2019 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom RAD hierzu fest, gegen das Vorliegen einer chronischen leistungsrelevanten Depression sprächen u.a. der Umfang der Selbstfürsorge einschliesslich des Umfangs der Gesundheitsfürsorge wie auch die klinisch und laborchemisch fehlenden Zeichen einer akuten oder chronischen Stress-/Disstress-Reaktion bzw. die fehlenden Zeichen einer hypothalamisch-hypophysären Funktionsstörung, wie sie im Falle des Vorliegens einer chronischen Stress-Folgeerkrankung (Depression, Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung) zu erwarten gewesen wären. Sodann sei die Emotions-, Körper- und Situationskontrolle des Beschwerdeführers während der gesamten Untersuchung unbeeinträchtigt gewesen. Er war/sei in der Lage, sein Verhalten als auch Sprache und Sprechtempo situativ zu variieren und sich den wechselnden Anforderungen einer mehrstündigen Leistungssituation anzupassen. Er war/sei in der Lage, den kommunikativen Dialog aktiv zu gestalten, was auf das Vorliegen einer ausreichenden Sensorik, einer ausreichenden Situationswahrnehmung und einer ausreichenden geistig-sprachlich-intellektuellen Umstellungsfähigkeit schliessen lasse. Diese sensorisch-kognitive Leistungsfähigkeit spreche – wie die ungenügende Medikamentencompliance – ebenfalls gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Depression. Bezüglich der ganzheitlichen Würdigung der aktenkundigen medizinischen Vorgeschichte und der ganzheitli-

chen Betrachtung der vorliegenden objektiven Befunde sei auf die Inhalte des RAD-Untersuchungsberichtes vom 18. November 2018 (AB 138; vgl. E. 3.1.5 hiervor) verwiesen (AB 154 S. 3 f.).

**3.1.8** Im mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 29. August 2019 (BB 4) hält diese fest, der Beschwerdeführer sei ihr als Mitarbeiter des K. \_\_\_\_\_, wo er von 2000 bis 2010 als ... und ... gearbeitet habe, bekannt. Seit dem 9. August 2019 sei er mit ca. wöchentlichen Konsultationen bei ihr in ... in ärztlich-psychiatrischer Behandlung. Der 51-jährige adipöse Beschwerdeführer falle durch Unruhe, Zittern, einen angespannten Gesichtsausdruck und eine kurze Konzentrationsspanne auf. Er nehme Blickkontakt auf, bleibe aber angespannt und wachsam. Seine Gedächtnisfunktionen seien eingeschränkt. Er erinnere Sachen nicht, die er wissen müsste. Seine Konzentration falle rasch ab und er müsse nachfragen und manchmal wirke er abwesend, was sie als dissoziative Störung bewerte. Seine Angst sei deutlich spürbar. Sein Misstrauen auch. Er habe Mühe, Kontakt zu halten, bleibe ängstlich angespannt und lasse sich nicht beruhigen. Er wirke so, als würde jeden Moment etwas Schlimmes passieren, wo er flüchten müsse, was sie als Traumafolgestörung verbunden mit einer Angststörung beurteile (BB 4 S. 1). Seine Stimmung sei depressiv verzweifelt, seine Gedanken negativ mit einer Untergangsstimmung und einem andauernden Gefühl der Bedrohung und des Nicht-Verstanden-Werdens und Alleinseins. Seine Persönlichkeit sei misstrauisch, freudlos, ängstlich, zweifelnd an allem und unter Belastung oder Erwähnung traumatischer Inhalte wie z.B. des Nicht-Verstanden-Werdens, des Aufgebens oder früherer schlimmer Ereignisse zeige er dissoziative Störungen. Seine Beziehungsfähigkeit sei eingeschränkt. Er zeige immer wieder eine Fluchtneigung, überwinde sich aber, zu bleiben. Psychomotorisch sei er auffällig angespannt, unruhig, nestelnd, seine Position ändernd und gemäss eigenen Angaben auch durch Schmerzen beeinträchtigt. Er werte sich selber ab, auch sein Gewicht und Aussehen und auch seine ganze Persönlichkeit. Sozial sei er vollständig isoliert, er habe keine Freunde und Hobbies. Es sei kein Substanz-, Nikotin- oder Alkoholkonsum bekannt. Bei ihm seien eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), eine dissoziative Störung (ICD-10: 44.9), eine

Schlafstörung mit Alpträumen (ICD-10: F51.5/9), eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1 – F33.2) mit Ängsten, differentialdiagnostisch eine zusätzliche Angststörung (ICD-10: F41.9), chronische Schmerzen im Rahmen einer somatoformen Störung unter Stressbelastung (ICD-10: F45.8) sowie eine Adipositas zu diagnostizieren. Eine Erwerbstätigkeit sei ihm nicht zumutbar. Einzig eine tagesstrukturierende Beschäftigung z.B. in einer Tagesstätte sei als günstig zu erachten. Da der Beschwerdeführer eine komplexe posttraumatische Störung zeige mit allen Symptomen einer schweren Schädigung seiner Gesundheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Beurteilung durch einen Traumaexperten zwingend nötig. Nur so könnten die richtigen Fragen gestellt, der Beschwerdeführer gezielt beobachtet und die Symptome erkannt werden (BB 4 S. 2).

**3.1.9** Mit Stellungnahme vom 6. November 2019 hierzu (in den Gerichtsakten) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zunächst fest, dass – berücksichtige man die ICD-10-Diagnosekriterien und die Ausschlusskriterien und Differentialdiagnosen zu den von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ genannten Diagnosen – sich diese einzeln und in Kombination gegenseitig ausschliessen würden. Nach dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zählten die affektiven Störungen als auch die somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen als auch die Traumafolgestörungen zu den chronischen Stress-Folgeerkrankungen. Bei deren Entstehung wirkten psychosoziale Faktoren (Stressoren), biologische Funktionsstörungen (auf endokrinologischer Ebene) und eine Prädisposition (individuelle Vulnerabilität) zusammen. Unter dem Einfluss individuell unterschiedlich wirksamer Stressoren in der Akutphase komme es zu einer Alarmreaktion mit der Ausschüttung von Adrenalin/Noradrenalin und ACTH/Kortisol. In der Erschöpfungsphase nach chronischer Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Systems würden die Hormonspiegel der Stress-Hormone abnehmen und es komme zu negativen Auswirkungen auf den Metabolismus und auf die Herz-Kreislauf-Funktionen mit objektivierbaren Zeichen der vegetativen Dysregulation und der psychophysischen Erschöpfung. Beim Beschwerdeführer hätten seit dem Eingang des IV-Erstgesuchs am 26. September 2011 bis aktuell keine klinischen und keine laborchemischen Zeichen einer akuten/chronischen Stress-Reaktion und keine für chronische Stress-Folgeerkrankungen cha-

rakteristische hypothalamisch-hypophysäre Funktionsstörung objektiviert werden können. Auch nach dem Abschluss des FH-Studiums und dem Erhalt des Bachelor ... habe sich der Beschwerdeführer bis zur Untersuchung im RAD im Februar 2018 in einem unverändert guten Allgemeinzustand und in einem konstant leicht übergewichtigen Ernährungszustand befunden und die Herz-Kreislauf-Funktionswerte wie auch die neuroendokrinen Funktionen seien normal gewesen (normaler Cortisolspiegel, normale Schilddrüsenfunktionswerte, normale Blutfette, normaler Blutzuckerlangzeitwert, normaler Elektrolytspiegel). Zu keinem Zeitpunkt habe beim Beschwerdeführer eine hypothalamisch-hypophysäre Funktionsstörung objektiviert werden können, wie sie für das Vorliegen einer oder mehrerer Stress-Folgeerkrankungen charakteristisch sei. Anlässlich der Untersuchung an 2 Tagen über jeweils 4 bis 5 Stunden habe sich nicht nur das Fehlen von klinischen und laborchemischen Zeichen einer akuten oder chronischen Stress-Reaktion bestätigt (normale Herz-Kreislauffunktionsparameter während der mehrstündigen Untersuchungen, normale Hypothalamus-Hypophysenfunktion), sondern es hätten sich auch keine Zeichen einer vorzeitigen (krankhaften) körperlichen und/oder psychischen Erschöpfung gezeigt. Alle vegetativen Funktionen blieben über die Zeit stabil und normal (keine Zeichen einer vermehrten vegetativen Labilität: Normale und regelmässige Atmung, regelmässige Herzreaktion, keine Hautveränderungen, kein verstärktes Schwitzen).

**3.1.10** In der hierauf verfassten Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2019 (BB 5) zum RAD-Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 (AB 138; vgl. E. 3.1.5 hiervor) kritisierte diese den Untersuchungsbericht als nicht verwertbar, da vorwiegend auf Testverfahren abgestützt worden sei, die weder für depressive Störungen pathognomonisch noch den dazu gängigen Testverfahren entsprechen würden. Es fehlten weitgehend objektiviert Untersuchungen wie zum Beispiel ein Psychostatus nach AMDP, sodass die Untersuchung/Beurteilung rein aufgrund von Aussagen des Beschwerdeführers ohne jede erkenntliche Struktur erfolgt sei. Nach Aktenstudium sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weitgehend spontan erzählt habe (BB 5 S. 1). Insgesamt sei das Gutachten nicht verwertbar. Es sei weder fachlich noch testpsychologisch noch bezüglich der Ergebnisse und Beurteilungen den Gutachtenkriterien

entsprechend und damit in den Schlussfolgerungen auch nicht aussagekräftig (BB 5 S. 3).

**3.1.11** Hierzu hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 23. Januar 2020 (in den Gerichtsakten) fest, die Untersuchungen im RAD seien an zwei Tagen in der ersten und in der zweiten Tageshälfte erfolgt, zum einen um eventuelle Tagesschwankungen erfassen zu können und zum anderen zur Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung. Sie habe eine neurologische und eine psychiatrische (Verlaufs-)Untersuchung als auch eine allgemeinklinische Untersuchung vorgenommen. An beiden Tagen sei beispielsweise der Verlauf der Herz-Kreislauffunktionsparameter dokumentiert worden, um etwaige Stress-Reaktionen und/oder eine vorzeitige psychophysische Erschöpfungsreaktion beim Beschwerdeführer objektivieren zu können. Anlässlich der Untersuchung im RAD sei auch die Möglichkeit genutzt worden, neurobiologische Parameter zur Prüfung auf das Vorhandensein oder das Nicht-Vorhandensein einer akuten oder einer chronischen Stress-Reaktion heranzuziehen. Ergänzend zu den anamnestischen Erhebungen und zu den klinischen Untersuchungen seien klinische und psychometrische Funktions- und Leistungstests eingesetzt worden, die jeweils überlappende Funktionen und Fähigkeiten zu überprüfen halfen. Der Einsatz sei sowohl zur Erkenntnisgewinnung bezüglich der Selbstwahrnehmung/Selbstreflektion des Beschwerdeführers als auch zur Verhaltensbeobachtung und zur Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung erfolgt. Zur Beurteilung des individuellen Stressniveaus des Beschwerdeführers seien neben den Selbsteinschätzungsfragebogen auch Verhaltensbeobachtungen und klinisch-neurologische Verlaufsparemeter (Blutdruck- und Pulsverhalten, Atmung, Stimm-Modulation, Muskeltonus, Bestimmung des Stresshormons Cortisol etc.) herangezogen worden. Die eingesetzten Testverfahren und deren Validität bzw. Aussagekraft einerseits als auch das Kommunikations-/Antwort-, Arbeits- und Leistungsverhalten des Beschwerdeführers andererseits seien auf den Seiten 29-38 in den jeweiligen Unterkapiteln dargestellt. Die umfassende klinische Basisuntersuchung sei auf den Seiten 18 – 29 des RAD-Untersuchungsberichts dargestellt: Allgemeinstatus (S. 18 – 21), Neurostatus (S. 21 – 23), Psychostatus (S. 24 – 29), wobei beide Untersuchungstage einzeln als auch gesamtheitlich dargestellt seien. Zur Beurteilung der Testergebnisse im individuellen Kontext seien alle ver-

fügbaren Erhebungen herangezogen worden: Subtest-Vergleich, Intertest-Vergleich, Vergleich der Testantworten versus die Angaben im Gespräch, Vergleich der Testantworten versus die Verhaltensbeobachtung, Vergleich der Testleistungen versus das Leistungsvermögen in situativ wechselndem Kontext sowie der Vergleich der Testergebnisse versus die klinischen Befunde. Zusammengefasst wiederlegten die dokumentierten Inhalte des RAD-Untersuchungsberichts vom 18. November 2018 die im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Einlassungen. Die im RAD-Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 vorgenommene Beurteilung besitze somit weiterhin Gültigkeit.

**3.1.12** Am 28. Februar 2020 ging beim Verwaltungsgericht sodann eine weitere Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ein. Der Beschwerdeführer sei an beiden Tagen unter Einfluss von Temesta zum Gutachten erschienen, auch mit der Absicht, trotz seiner psychischen Störungen möglichst unauffällig zu erscheinen und um die Befragung überhaupt bewältigen zu können. Als Mann mit seinem kulturellen Hintergrund sei gemäss seinen Angaben alles zu tun, um nicht „schwach“ zu erscheinen oder sonst wie auffällig zu sein. Die Auswirkungen von Temesta seien nicht ins Gutachten mit aufgenommen und somit nicht beachtet worden. Dies sei ein Mangel in der Gesamtbeurteilung. Zudem fehlten im Gutachten Fragestellungen, Befunderhebungen wie auch testpsychologische Abklärungen, die für Traumafolgen spezifisch seien. Eine Beurteilung durch einen auf Traumata spezialisierten und transkulturell kundigen Experten sei zwingend notwendig (BB 7 S. 1 f.).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung auf die Feststellungen und die Beurteilung des RAD und damit im Wesentlichen auf den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2018 (AB 138; vgl. E. 3.1.5 hiervor) abgestellt. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ist Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie. Der RAD-Untersuchungsbericht genügt damit hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen zur Beurteilung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers den Anforderungen an ein fachärztliches Gutachten. Zudem erfüllt der Bericht sämtliche der in Erwägung 2.6 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten

Anforderungen. Der Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf eingehenden Beobachtungen und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der gesamten Anamnese resp. sämtlicher Vorakten abgegeben worden und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und kommt bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen. Dem RAD-Untersuchungsbericht kommt damit ein vergleichbarer Beweiswert zu, wie einem entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (vgl. E. 2.6 hiervor).

Weder dem psychiatrischen Gutachten des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 (AB 63.1; vgl. E. 3.1.1 hiervor) noch dem im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung der MEDAS erstellten psychiatrischen Teilgutachten des Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Dezember 2016 (AB 104.3; vgl. E. 3.1.3 hiervor) lassen sich objektive Befunde entnehmen, welche die von diesen Ärzten attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit als ... und weitestgehende Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.3 hiervor) erklären könnten. Ihre versicherungsmedizinischen Beurteilungen basieren soweit ersichtlich im Wesentlichen auf den Beschwerdeschilderungen seitens des Beschwerdeführers und nicht auf objektivierter Grundlage und vermögen damit eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Eine solche konnte hierauf durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ anlässlich der jeweils mehrstündigen Untersuchungen an zwei Untersuchungstagen im RAD mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Wie Dr. med. E.\_\_\_\_\_ schlüssig und nachvollziehbar darlegt, liegen beim Beschwerdeführer – ausser einem leichtgradig eingeschränkten Richtungshören ohne Beeinträchtigung der sprachlichen Kommunikation im direkten Blickkontakt – keine funktionellen Beeinträchtigungen und damit auch kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet (vgl. E. 3.1.5 hiervor). Aspekte, die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären sind keine ersichtlich (auch nicht in Bezug auf die Einnahme von Temesta kurz vor der RAD-Untersuchung [vgl. BB 7 S. 1 unten und AB 138 S. 10

und S. 23 ff.). Insbesondere finden sich in den gesamten Akten keine objektiven Befunde, die an der Beurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zweifeln liessen. Sie hat eine objektive Prüfung der medizinischen Situation vorgenommen, über ihre Feststellungen auf neutrale und gründliche Art berichtet und ihre Schlussfolgerungen auf medizinische Erwägungen gestützt. Es findet sich nichts, was gegen die Objektivität und Zuverlässigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung spricht. Dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vor der eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers bereits zweimal zum – wie dargelegt – begründeten Schluss gekommen ist, die psychiatrischen Vorgutachten genügten für eine zuverlässige Beurteilung des geltend gemachten Leistungsanspruchs nicht, weshalb es weiterer Abklärungen bedürfe, vermag – entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde, S. 4, Ziff. 9 – keinen Anschein der Befangenheit oder die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen. Ebenso wenig, dass sie zu einer anderen medizinischen Beurteilung gekommen ist, als die übrigen mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110; SVR 2017 IV Nr. 27 S. 78 E. 5.2). Entscheidend ist, dass ihre Beurteilung im Gegensatz zu den anderen Beurteilungen auf objektivierter Grundlage erfolgt, inhaltlich vollständig sowie im Ergebnis schlüssig ist. Der medizinische Sachverhalt erweist sich mit dem RAD-Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 (AB 138; vgl. E. 3.1.5 hiervor) als rechtsgenügend abgeklärt. An diesem Beweisergebnis vermögen die Berichte der neu behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 6. November 2019 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.1.9 hiervor) schlüssig darlegt, schliessen sich die von der behandelnden Psychiaterin darin genannten Diagnosen gemäss den ICD-10-Diagnose- und Ausschlusskriterien und Differentialdiagnosen einzeln und in Kombination gegenseitig aus. Zudem konnten seit dem Eingang des IV-Erstgesuchs am 26. September 2011 bis aktuell unstrittig weder klinische noch laborchemische Zeichen einer akuten und/oder chronischen Stress-Reaktion noch eine für chronische Stress-Folgeerkrankungen charakteristische hypothalamisch-hypophysäre Funktionsstörung objektiviert werden, was für sich allein nicht entscheidend ist, eine psychische Störung zu belegen bzw. auszuschliessen. In der Zusammenschau aller Befunde bestätigen sie jedoch die Beurteilung der RAD-Ärztin zusätzlich. Die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel

an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Beurteilung zu wecken. Dies gilt unabhängig von der in Bezug auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin zusätzlich zu berücksichtigenden Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 2.6 hiervor).

**3.3** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 18. November 2018 (AB 138; vgl. E. 3.1.5 hiervor) abgestellt. Gestützt auf diesen Bericht wie auch die überzeugenden Stellungnahmen des RAD vom 28. Juni 2019 (AB 154 S. 2 ff.; vgl. E. 3.1.8 hiervor), 6. November 2019 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.1.9 hiervor) und 23. Januar 2020 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.1.11 hiervor) zu den dagegen erhobenen Einwänden ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt und seit IV-Gesuchseinreichung im September 2011 (vgl. AB 2) auch nie vorgelegen hat. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Juli 2019 (AB 155) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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 geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.