

200 19 921 IV
KNB/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. September 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

und

Pensionskasse C. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 31. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. November 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Einholung eines medizinischen Gutachtens (AB 75.1, 86), durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 93, 97, 99) sowie einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 101) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 7. Juli 2017 rückwirkend ab August 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente bzw. ab Februar 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Viertelsrente zu (AB 103). Mit Urteil vom 7. Dezember 2017 hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die hiergegen erhobene Beschwerde dahingehend gut, als dass die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2017 aufgehoben und die Sache an die IVB zurückgewiesen wurde, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge (IV/2017/767 [AB 115]).

In der Folge holte die IVB beim behandelnden Psychiater die Krankenakten ein (AB 121). Zudem wurden weitere medizinische Berichte eingereicht (AB 127, 137, 138). Ferner veranlasste die IVB eine Begutachtung durch die D._____ (polydisziplinäres MEDAS-Gutachten vom 26. September 2018 [AB 147.1], neurologisches Teilgutachten [AB 147.4], allgemein medizinisch-internistisches Teilgutachten [AB 147.5], psychiatrisches Teilgutachten [AB 147.6] ophthalmologisches Teilgutachten [AB 147.7]). Nachdem der RAD im Bericht vom 5. April 2019 Stellung genommen hatte (AB 156), erfolgte ein ergänzender Bericht der MEDAS-Gutachter vom 27. Juni 2019 (AB 167). Nach einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 4. September 2019 (AB 171) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 6. September 2019 die Ablehnung von Leistungen in Aussicht (AB 172). Hiergegen erhob der Versicherte Einwand (AB 180). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 verneinte die IVB einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (AB 186).

B.

Am 4. Dezember 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragte, es sei die Verfügung vom 31. Oktober 2019 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab dem 1. August 2015 eine ganze Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2020 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 12. Februar 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest.

Nach deren Beiladung mit prozessleitender Verfügung vom 28. August 2020 – unter Hinweis darauf, dass sich das Verfahren im Urteilsstadium befinde – verzichtete die Pensionskasse C._____ am 7. September 2020 auf eine Stellungnahme.

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 31. Oktober 2019 (AB 186), worin die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneinte. Streitig und zu prüfen ist einzig der Anspruch des Beschwerdeführers auf 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). 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).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-

wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.1.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.1.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig über-

wiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

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

2.1.5 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben,

welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung „nach besserem juristischen Wissen und Gewissen“ darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2; 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

2.1.6 Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer *lege artis*, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, fami-

liären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann somit als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2; 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

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

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).

3.

3.1 Laut VGE IV/2017/767 war der medizinische Sachverhalt punktuell ergänzungsbedürftig, insbesondere zur Frage, ob die bisher angebotenen Therapiemassnahmen adäquat gewesen seien, wie eine Therapie auszugestalten und dem Beschwerdeführer die Teilnahme einer solchen im Rahmen der Schadenminderungspflicht aufzuerlegen wäre. Die Sache wurde in der Folge an die Verwaltung zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Die Beschwerdegegnerin holte deshalb weitere medizinische Berichte und ein polydisziplinäres MEDAS-Gutachten ein; diesen ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 15. Mai 2018 eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8; AB 137 S. 4). Er hielt fest, es stehe nicht zwingend im Widerspruch zur Störung, dass diese bis im Jahr 2014 nicht zu psychiatrischen Behandlungen geführt habe und der Patient über weitere Strecken beruflich erfolgreich gewesen sei. Weil die Störung schwerwiegend sei, sei die Kompensation des krankhaften Denkens, Fühlens und Wahrnehmens für den Patienten über die Jahre äusserst kräfteraubend und auch nur möglich gewesen, z.B. dank seiner überdurchschnittlich intellektuellen Begabung, welche viele Defizite habe auszugleichen vermögen (AB 137 S. 4 f.). Nach bald zweieinhalb Jahren Therapie habe sich gezeigt, dass der Patient

mit einer intensiveren Therapie tatsächlich überfordert wäre, dass ihn wohl sämtliche weiteren therapeutischen Bemühungen mehr belasten würden, als dass sie ihm nützen könnten und dass tiefgreifende Veränderungen des Verhaltens und der Wahrnehmung unrealistisch seien (AB 137 S. 5).

3.1.2 Im MEDAS-Gutachten vom 26. September 2018 (AB 147.1) hielten Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. G._____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H._____, Fachärztin für Ophthalmologie, und med. prakt. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es dominierten die rein psychischen Störungen (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.9). Die Experten diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwergradige narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8; AB 147.1 S. 4). Sie führten aus, die narzisstische Persönlichkeitsstörung sei eine sehr frühe Störung in der Entwicklungspsychologie des Menschen, was eine allgemeine Ich-Struktur-Schwäche zur Folge habe. Diese Ich-Struktur-Schwäche bleibe gekoppelt mit diffuser narzisstischer Verwundbarkeit bei massivem mangelndem Selbstwertgefühl und immer fortbestehender grosser Selbstwertproblematik. Dies sei dem Betroffenen aber nicht bewusst zugänglich. Depressive Krisen bis hin zu Suizidalität seien überdurchschnittlich häufig mit dieser Diagnose gekoppelt und müssten nach ICD-10 nicht extra verschlüsselt werden, da dies in der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 inkludiert sei. Akute Belastungssituationen und Anpassungsstörungen seien ebenfalls überdurchschnittlich häufig im temporären Verlauf mit dieser Diagnose verbunden. Stattgehabte Traumatisierungen seien ebenfalls in der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung inkludiert. Zusammenfassend lasse sich aus dem psychotherapeutischen Kontext mitteilen, dass die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Exploranden in der Selbst- und Objektrepräsentanz im Inneren in der psychosozialen Entwicklung ab Säuglingsalter beginnend beeinträchtigt gewesen sei. Bereits ab frühester Kindheit müsse es zu Auffälligkeiten im Mutter-Kind-Kontakt/Eltern-Kind-Kontakt gekommen sein. Nicht nur der schwere Mangel an elterlicher Empathie, die nicht beschützende Haltung der Mutter, sondern auch die sadistischen Grenzüberschreitungen des Vaters und ein drakonisches Strafmass beider Elternteile, hätten zu schweren Defiziten in der Selbststruktur geführt. Dies habe

ein überhöhtes Ich-Ideal zur Ausbildung gebracht. Ein deutlich überhöhtes Leistungsdenken bei sehr hohem Intelligenzgrad habe zur Kompensation durch Erfolge und Anerkennung geführt. Eine Selbstwertregulation habe anders nicht entwickelt bzw. erlernt werden können. Ressourcen zur Selbstwertregulation und Resilienz bezüglich Selbstwertregulation lägen nicht vor. Diese Patienten versuchten sich mit Rationalisierungen und Intellektualisierungen zu schützen. Falls dies nicht gelinge, komme es zu einem Einbruch des Selbstwertgefühles mit depressiven Episoden, bis hin zur Suizidalität. Bei Versagbleiben der Möglichkeit einer Selbstwertregulation aus Erfolg und Anerkennung könne es anhaltend zur raptusartigen schweren depressiven Krise kommen, begleitet von Somatisierungs- und Suizidintendenzen. Wenn Konflikte eskalierten, entstehe fast zwangsläufig eine Spirale aus Versagen und zunehmend höheren Ansprüchen an die eigene Leistung, so dass realistische Zielsetzungen nicht mehr möglich seien. Würden diese Bedürfnisse nicht erfüllt (wenden sich Bezugspersonen nicht genügend zu oder gar ab), werde dies nicht toleriert und führe zu „narzisstischer Wut“. Bei Beschämung könne extremer Selbsthass entstehen, der zu suizidalen Handlungen führen könne. Das Problem, Hilfe von Anderen nicht annehmen zu können, könne gerade in schwer depressiven Krisen verhängnisvoll werden, Suizidimpulse drängten sich raptusartig auf und würden überdurchschnittlich oft vollzogen (AB 147.1 S. 6 Ziff. 4.4).

Der Explorand sei nach der zuletzt ausgesprochenen Kündigung im August 2014 in einer anhaltenden Krisensituation ohne Zugang zu seinen krankheitsbedingt ohnehin nicht stark ausgeprägten Ressourcen. In diesem speziellen Fall sei ein grosser Stabilisator und somit eine grosse Ressource der Erfolg in seiner hochdotierten Arbeit gewesen. Diese sei nun unwiderprüflich weggebrochen, die hierdurch erfahrene Kränkung anhaltend aktiv. Zu dem Wegfall seiner Arbeitstätigkeit, seinem wichtigsten Stabilisator und der einzige Bereich, der grösstenteils selbstbestimmt gewesen sei, komme hinzu, dass er nun gänzlich in ein fremdbestimmtes Leben in einer ihn ablehnenden Familie zurückgeworfen sei und einer subjektiven Einsamkeit anheim gefallen zu sein scheine. Tragende soziale Kontakte seien nicht vorhanden, einzig gegenüber dem Psychotherapeuten werde eine Möglichkeit des „sich Öffnens in Massen beschrieben“. Die Ressourcenlage, bereits zuvor nicht übermässig ausgebildet, habe im Rahmen der Dekompen-

sation einen erheblichen Abbau nach Wegfall der Arbeitstätigkeit erfahren (AB 147.1 S. 6 Ziff. 4.4). Es beständen keine Hinweise für Inkonsistenzen. Es beständen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen, der Leidensdruck sei sehr hoch. Therapien würden durchgeführt, könnten aber am Chronifizierungsgrad wenig verändern, aber stabilisierend wirken (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.6). Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest, diese könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr durchgeführt werden. Es sei zum aktuellen Zeitpunkt keine Stabilität und Belastbarkeit für eine wie auch immer geartete Arbeitstätigkeit gegeben. Dies sei gänzlich der psychiatrischen Grunderkrankung anzulasten. Diese Bewertung gelte seit August 2014 (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.7). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten sie aus, eine solche sei nicht gegeben; eine neu zu erschaffende Arbeitstätigkeit, wie auch immer geartet, würde den Versicherten subjektiv mit Versagensphantasien konfrontieren, dies würde wahrscheinlich weitere krisenhafte Verschlechterungen triggern. Eine affektive Begleitreaktion liesse sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht vermeiden (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.8).

3.1.3 Im Bericht vom 5. April 2019 führte die RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie, aus, gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychiatrischen Störung insbesondere gegen das Vorliegen einer chronischen Stress-Folgeerkrankung (Depression, posttraumatische Belastungsstörung/Anpassungsstörung etc.) beim Beschwerdeführer sprächen ebenfalls seine normale kognitive Leistungsfähigkeit, das Vorhandensein hoher Kontrollstrategien zur Stress-/Disstress-Bewältigung, die Fähigkeit zur gezielten Inanspruchnahme professioneller Versorgungsstrukturen, sein Durchhaltevermögen, seine Zielstrebigkeit und das Fehlen von Zeichen einer vorzeitigen (krankhaften) Erschöpfung. Seine Persönlichkeitsmerkmals-Ausprägungen seien „seit > dem 21. Lebensjahr“ vorhanden und ohne negative Auswirkungen auf seine berufliche Karriere und seine Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und ... gewesen. Zusammengefasst lägen keine objektiven Befunde vor, die eine chronische Stress-Folgeerkrankung auswiesen (normaler Ernährungs- und Kräftezustand, keine Zeichen einer krankhaften/vorzeitigen Erschöpfung, normale kognitive Leistungsfähigkeit,

normale Selbst- einschliesslich Affektkontrolle, erhaltene Übersichtsfähigkeit und Situationskontrolle, erhaltene Autonomie/Selbstbestimmung/Selbstfürsorge/Zielstrebigkeit). Lediglich die dokumentierten Blutdruckwerte, insbesondere der grenzwertige diastolische Blutdruck, sollten Anlass für eine Blutdrucklangzeitmessung geben, weil ein bisher unbehandelter Bluthochdruck vorliegen könnte. Die Leistungsbeurteilung im psychiatrischen Teilgutachten sei somit weder medizinisch plausibel noch fachärztlich objektiv begründet, da keine psychiatrische Komorbidität objektiv ausgewiesen sei und auch keine leistungsrelevanten somatischen Erkrankungen vorlägen (AB 156 S. 7 f.).

3.1.4 Im ergänzenden Bericht vom 27. Juni 2019 hielten die MEDAS-Gutachter Dr. med. F._____ und med. prakt. I._____ fest, der Einschätzung des RAD, dass die individuellen Persönlichkeitsmerkmale über den gesamten Verlauf des Berufslebens des Exploranden doch bestanden hätten, sinngemäss also nicht das Leistungsvermögen gestört hätten, müsse entgegengesetzt werden, dass gerade eben auch bei schweren narzisstischen Störungsbildern sehr wohl infolge kumulierter narzisstischer Verletzungen, auch im Rahmen von Bilanzierungsprozessen mit dem Alter zunehmend, die Kompensations- und Regulationsmöglichkeiten der fragilen und verletzbaren Selbstrepräsentanz überfordern könnten, die Kompensationsreserven nicht mehr genügten, und es auch erst nach Jahren zur Dekompensation kommen könne. Es sei plausibel, dass zwar langjährig eine Kompensation der narzisstischen Störung möglich gewesen sei, insbesondere infolge des hohen Intellektes, aber auch der anankastischen Strukturen des Exploranden, welche er zur Selbstwertstabilisierung entwickelt habe und die in der Berufswelt sicherlich auch teilweise für Erfolge verantwortlich gewesen seien. Jedoch sei mit dieser permanenten Abhängigkeit vom Gelingen dieser Selbstwertregulation, Angewiesensein auf Erfolge und externe Bestätigung, eine durchaus deutlich erhöhte Stressvulnerabilität verbunden (AB 167 S. 2). Es sei nicht richtig, dass hier so offensichtlich keine Stressfolgestörung bestehen solle. Z.B. sei die Somatisierungsstörung, die eindrücklich auch in den multiplen abdominal-chirurgischen Abklärungen der anhaltenden Bauchbeschwerden, die bis zu stationären Behandlungen ihren Ausdruck gefunden hätten, ein klarer Hinweis auf die stark erhöhte psychovegetative Dysregulation; dies gelte auch für die in der

aktuellen Begutachtung feststellbaren deutlich erhöhten Blutdruckwerte. Diese Symptome belegten die innerpsychische hohe Vulnerabilität und Belastung. Der Explorand habe sich bislang vorrangig durch berufliche Erfolge versucht zu stabilisieren; vermutlich auch aufgrund seiner persönlichkeitsbedingt schwierigen interpersonellen Interaktion, gewissen überheblich wirkenden narzisstischen Auftritten sei es wohl wiederholt und repetitiv-dysfunktional zu mehrfachen Kündigungen, Kränkungen gekommen. In der Summe seien zunehmend weniger stabilisierende Erfahrungen geblieben, zuletzt sei es eben im Jahr 2014 zu einer erneut sehr erheblichen schweren Kränkung im Rahmen der mit offensichtlicher Aggressivität durchgesetzten und völlig unerwarteten Kündigung gekommen (AB 167 S. 2 f.). Zusammenfassend seien zwar in der Vergangenheit im Rahmen der zwanghaft kompensierten Selbstregulation ursprünglich auch Zielstrebigkeit und Durchhaltevermögen vorhanden gewesen, immer aber im Kontext das „Grössenselbst“ zu bestätigen; dies sei mit hohem Energieaufwand verbunden gewesen. In Wechselwirkung mit der auch hohen Stressvulnerabilität, belegbar mit der Entwicklung der vegetativen Dysfunktionen bzw. der Somatisierungsstörung, den wiederholten „Nadelstichen“ der mehrfachen schweren narzisstischen Kränkungen, sei im Sinne der Bilanzierung bei zunehmendem Alter mit fehlenden anderen Kompensationsmöglichkeiten die nun nach Kündigung im Jahr 2014 bestehende Dekompensation der narzisstischen Persönlichkeitsstörung sehr wohl erklärbar (AB 167 S. 3). Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit führten die Gutachter aus, in Übereinstimmung mit der Bewertung des behandelnden Psychiaters sei davon auszugehen, dass eine Tätigkeit als ... und ... nicht mehr möglich sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit liege ebenso eine geringe Ressourcen- und eine hochgradige Gefährdungslage vor, so dass auch hier keine hinreichend nutzbare Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (AB 167 S. 3 f.).

3.1.5 In der RAD-Stellungnahme vom 4. September 2019 führte Dr. med. J. _____ aus, die in den somatischen MEDAS-Teilgutachten dokumentierten Normalbefunde (BMI 22 kg/m², guter Allgemeinzustand bei athletischem Körperbau, bei wiederholten Messungen normaler systolischer Blutdruck 140 mm Hg, normales Atmen, normaler Augeninnendruck, normaler Muskeltonus, normales Reflexniveau, guter Rapport, „entspannt“, normale

kognitive Leistungen über mehrstündige Begutachtungen sowohl in der ersten als auch in der zweiten Tageshälfte an verschiedenen Tagen sowohl in Folge und als in mehrtätigem Abstand) sprächen in der Gesamtheit sowohl gegen das Vorliegen einer akuten Stress-/Disstress-Reaktion als auch gegen das Vorliegen (leistungsrelevanter) Stress-Folgeerkrankungen (affektive Störung, Anpassungsstörung, PTBS etc.). Der Beschwerdeführer verfüge über zahlreiche individuelle Ressourcen (Schutzfaktoren) sowohl vor der Entwicklung von chronischen Stress-Folgeerkrankungen (Depressionen, Angsterkrankungen etc.) als auch vor der Entwicklung von Suizidalität. Hierzu zählten unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells der WHO zur Entstehung von Depressionen/Stress-Folgeerkrankungen folgende individuelle Schutzfaktoren (individuelle Ressourcen): hohes Bildungsniveau, hoher sozioökonomischer Status, Extraversion, hohes Autonomiestreben, die Fähigkeit zum Erkennen und Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse – auch gegen äussere Widerstände –, die Fähigkeit zur gezielten Inanspruchnahme sozialer Unterstützung durch professionelle Versorgungsstrukturen (... .. etc.) und die individuelle Entscheidungsfähigkeit über Art und Umfang der Inanspruchnahme, die Fähigkeit zur Aufnahme neuer sozialer Kontakte (...), die Fähigkeit zur aktiven Tages- und Freizeitgestaltung, die Pflege von Hobbies und die Fürsorge um Haustiere (Hund), das Vorhandensein eines sozifamiliären Netzwerkes mit klaren Rahmenbedingungen. Seit 2014 sei keine (leistungsrelevante) Komorbidität – weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet – ausgewiesen worden. Zusammengefasst lägen keine Befunde vor, die eine quantitative und/oder qualitative berufliche Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes objektiv und plausibel nachvollziehbar begründen könnten (AB 171 S. 10).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.4 Die polydisziplinäre Einschätzung der Experten im MEDAS-Gutachten vom 26. September 2018 (AB 147.1) und im ergänzenden Bericht vom 27. März 2019 (AB 188) sowie die Ausführungen in den Teilgutachten (neurologisch [AB 147.4], allgemein-medizinisch-internistisch [AB 147.5], psychiatrisch [AB 147.6], ophthalmologisch [AB 147.7]) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Mit Blick auf die Teilgutachten ist die Beurteilung, der objektivierbare medizinische Sachverhalt sei vorrangig von der diagnostizierten schwerwiegenden narzisstischen Persönlichkeitsstörung geprägt (vgl. AB 147.1 S. 3), nachvollziehbar, sind doch keine zusätzlichen Einschränkungen durch andere neurologische oder internistische Störungen zu berücksichtigen (vgl. AB 147.1 S. 5 Mitte). Die Ausführungen im neurologischen Teilgutachten, es seien aus neurologischer Sicht keine eigenständigen Beeinträchtigungen zu objektivieren (AB 147.4 S. 14), es ergäben sich keine Zweifel an der Konsistenz der anamnestischen Angaben und der Beschwerdeführer sei aus neurologischer Sicht in der angestammten sowie einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (AB 147.4 S. 17), überzeugen (vgl. auch AB 147.1 S. 5). Aus internistischer Sicht diagnostiziert Dr. med. G._____ ein chronisches Reizdarmsyndrom (AB 147.5 S. 11 f.). Die Einschätzung, der Beschwerdeführer sei dennoch zu 100 % arbeits- und leistungsfähig, ist

schlüssig (AB 147.5 S. 15). Ferner hat laut ophthalmologischen Teilgutachten (AB 147.7) von Seiten der Augen, abgesehen von der Operation links vom 19. April 2018 und der nachfolgenden Rekonvaleszenz, nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (AB 147.7 S. 6).

Die Beurteilung der MEDAS-Gutachter ist auch in psychiatrischer Hinsicht schlüssig, begründen sie doch – wie auch med. prakt. I. _____ im psychiatrischen Teilgutachten – ausführlich und eingehend, weshalb von der Diagnose einer schwerwiegenden narzisstischen Persönlichkeitsstörung auszugehen ist (AB 147.6 S. 16 ff.). Die Experten äussern sich zudem nachvollziehbar zu den funktionellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Gesundheitsstörung nach der Kündigung im August 2014 in einer anhaltenden Krisensituation gewesen sei ohne Zugang zu seinen krankheitsbedingt ohnehin nicht stark ausgeprägten Ressourcen und die grosse Ressource – der Erfolg seiner hochdotierten Arbeit – weggebrochen sowie die hierdurch erfahrene Kränkung anhaltend aktiv sei (AB 147.1 S. 5). Tragende soziale Kontakte seien nicht vorhanden, was mit Blick auf die Angaben zur sozialen Anamnese und zum Tagesablauf in den Teilgutachten nachvollziehbar ist (AB 147.4 S. 10 f., 147.5 S. 9, 147.6 S. 12). Überzeugend ist auch die Beurteilung, dass die Ressourcenlage, bereits nicht übermässig ausgebildet, nach Wegfall der Arbeitstätigkeit einen Abbau erfahren habe, eine tragfähige Stabilität und Belastbarkeit nicht gegeben sei, was auf die schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung zurückgeführt wird (AB 147.1 S. 5).

3.5 An diesem Ergebnis ändert auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 5. April 2019, welche dagegen hält, es lägen keine objektiven Befunde, keine psychiatrische Komorbidität und keine leistungsrelevanten somatischen Erkrankungen vor (AB 156 S. 8), nichts, setzen sich die MEDAS-Gutachter doch damit im ergänzenden Bericht vom 27. Juni 2019 nochmals eingehend und überzeugend auseinander. Insbesondere stellen sie schlüssig fest, es könne bei einer schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung infolge kumulierter narzisstischer Verletzungen, bei überforderten Kompensations- und Regulationsmöglichkeiten und ungenügenden Kompensationsreserven auch nach Jahren zur Dekompensation kommen (AB 167 S. 2 ff.). Laut RAD-Ärztin (Stellungnahme vom 4. September 2019) lägen beim

Beschwerdeführer zwar individuelle Ressourcen vor (AB 171 S. 9 f.), was jedoch nicht völlig überzeugt. Denn demgegenüber gehen die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar davon aus, der Beschwerdeführer habe sich zuvor in die Arbeit geflüchtet, mit dem Wegfall der Arbeitstätigkeit sei ein wichtiger Stabilisator weggefallen und der Beschwerdeführer sei der subjektiven Einsamkeit anheim gefallen, fühle sich gänzlich fremdbestimmt und seine sozialen Kontakte beschränkten sich auf die ablehnende Familie, wobei es ein Familien- oder Paarleben seit langem nicht mehr gäbe (AB 147.6 S. 6 f.). Es bestehen kein Freundeskreis und keine Kontakte zur Ursprungsfamilie. Dem Beschwerdeführer sei es seit einiger Zeit verwehrt, in grösseren Menschenmengen zu sitzen, mehr als drei Menschen könne er nicht ertragen (AB 147.6 S. 12). Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwar ein hohes Bildungsniveau hat, der hohe sozioökonomische Status jedoch seit der Kündigung im Jahr 2014 weggefallen ist (AB 147.6 S. 10 f.) und die finanziellen Verhältnisse mittlerweile angespannt sind (AB 147.6 S. 12). Auch der behandelnde Psychiater beschreibt im Verlaufsbericht vom 15. Mai 2018 Erlebnisse und Ängste bezüglich der Kontakte mit Mitmenschen und/oder Familienangehörigen (AB 147.3 S. 2 f.); er geht davon aus, dass die Schilderungen über die Auswirkungen der Gesundheitsproblematik auf das Alltagsleben über die bisherigen zweieinhalb Jahren therapeutischer Behandlung konsistent gewesen seien (AB 147.3 S. 6). Die Ausführungen der Gutachter zu den persönlichen Ressourcen und der Resilienz bezüglich Selbstwertregulation (AB 147.1 S. 3) überzeugen. Die psychiatrische Gutachterin beschreibt die komplexen psychodynamischen Zusammenhänge ausführlich, detailliert und schlüssig (147.6 S. 16 ff.), worauf auch die anderen Experten im MEDAS-Gutachten verweisen (vgl. AB 147.1 S. 3 unten). Die Beurteilung, dass infolge kumulierter narzisstischer Verletzungen, auch im Rahmen von Bilanzierungsprozessen mit dem Alter zunehmend, die Kompensationsreserven nicht mehr genügten und es nach Jahren zur Dekompensation kommen könne, ist nachvollziehbar und überzeugt (AB 167 S. 2). Die psychiatrische Gutachterin führte denn auch aus, das Zusammenspiel der mentalen Funktionen, Fähigkeiten der Partizipation und Reaktionen auf die Umwelt seien aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung schwer eingeschränkt. Eine tragfähige Stabilität und Belastbarkeit sei nicht gegeben. Dies sei vollständig auf die schwere narzisstische Persönlichkeitsstörung zurückzuführen

(AB 147.6 S. 20). Die Ausführungen im MEDAS-Gutachten und im psychiatrischen Teilgutachten zur Konsistenzprüfung und zu den Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen und zum Leidensdruck (AB 147.1 S. 7; 147.6 S. 19) sind ebenfalls schlüssig; die Experten erachten es als erstellt, dass der Beschwerdeführer die Funktionseinbussen glaubhaft berichtet habe, sie seien konsistent und plausibel (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.6). Zur Frage des behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks bzw. bezüglich der Fähigkeit zur Inanspruchnahme professioneller Versorgungsstrukturen – letztere interpretiert die RAD-Ärztin als Ressource (vgl. AB 171 S. 10) – führen die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer sich in psychiatrische Behandlung begeben, sei für sich sicher kein Grund, eine geringere Schwere der psychischen Störung zu postulieren. Für narzisstische Persönlichkeitsstörungen sei es vielmehr ungewöhnlich, dass die Betroffenen sich freiwillig in psychiatrische Therapie begäben; dies finde zumeist nur dann statt, gerade wenn eben schwerwiegende Beeinträchtigungen und Bedrohungssituationen entstünden, im Kontext eben von Dekompensationszuständen. Bei genügenden eigenen Ressourcen wäre eine Person mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung zumeist überzeugt, im Rahmen ihres überhöhten „Grössenselbst“, solche Behandlungen nicht zu benötigen. Dass der Beschwerdeführer sich in Behandlung begeben habe, sei vielmehr Hinweis auf die Schwere seiner psychischen Störung und kein Gegenargument (AB 167 S. 3). Damit ist entgegen der Meinung des RAD (AB 171 S. 10) nicht überzeugend nachgewiesen, dass der Beschwerdeführer über zahlreiche Ressourcen und verinnerlichte kombinierte Bewältigungsstrategien verfügt, so dass nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen wäre. Die psychiatrische Gutachterin und die Experten im MEDAS-Gutachten haben sich ausführlich und schlüssig zu den Belastungsfaktoren einerseits und den fehlenden Ressourcen andererseits sowie der Konsistenz und Plausibilität geäußert (147.1 S. 7, 147.6 S. 17 ff.); auf diese Einschätzung ist abzustellen.

3.6 Nachdem das Gericht in VGE IV/2017/767, E. 3.3.4, bezüglich therapeutischer Optionen davon ausgegangen war, der Beschwerdeführer verweigere eine ihm zumutbare, insbesondere auf Selbstreflexion und Interaktion gerichtete Therapie und mithin sei mit einer entsprechenden Auf-

lage das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG), setzten sich die MEDAS-Gutachter mit der Frage der Behandlungsmöglichkeiten auseinander. Sie halten nachvollziehbar fest, der Beschwerdeführer habe – nach anfänglicher Ablehnung – eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen bzw. befinde sich noch darin. Es scheine – nach den Aussagen des Beschwerdeführers und der Aktenlage – ein vertrauensvolles therapeutisches Verhältnis im psychotherapeutischen Setting erwachsen zu sein (AB 147.1 S. 7 unten). Dennoch sei es nicht so, dass die Behandlung einen Rückgang der schweren Persönlichkeitsstörung erzielen könne; eine tragfähige Stabilität und Belastbarkeit könne damit nicht erzielt werden, lediglich die Belastungssituation durch die aktuelle Lebenssituation könne angegangen und eventuell gelindert werden. Eine über das aktuelle Angebot stattfindenden Therapiemassnahmen empfohlen die Gutachter nicht (AB 147.1 S. 8). Auf diese schlüssigen Ausführungen, welche die MEDAS-Gutachter im ergänzenden Bericht vom 27. Juni 2019 nochmals bestätigen (die therapeutischen Optionen seien höchst schwierig und realistisch kaum vorhanden [AB 167 S. 3 unten]), ist abzustellen. Da ein therapeutischer „Verfahrenswechsel“ (z.B. in Form einer konfrontativen Therapie) von den Gutachtern nicht als zielführend eingeschätzt wird, entfällt somit auch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren.

3.7 Haben sich die sachverständigen Personen bei der Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert und genügt ihr Gutachten den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232), sind die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.1.5 und 2.1.6 hiervor) soll nicht stattfinden (Entscheid des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 9C_520/2019, E. 7.1). Vorliegend erfüllt das MEDAS-Gutachten die an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes gestellten Anforderungen und die Gutachter haben sich an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert. Vor allem haben sie die Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt, wonach die Sachverständigen substantiiert darzulegen haben, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das

funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat die medizinisch-psychiatrische Sachverständige substantiiert dargelegt, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihr erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit vorliegend eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368). Somit ist auch unter dem Gesichtspunkt der Indikatorenprüfung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter, wonach von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (AB 147.1 S. 7 Ziff. 4.7 und 4.8), abzustellen.

4.

4.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

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).

4.2 Mit Blick auf die Anmeldung im November 2014 (AB 2) und der attestierten Arbeitsunfähigkeit ab August 2014 (AB 11 S. 2, 15) ist von einem

Rentenbeginn ab August 2015 (vgl. AB 103 S. 5) auszugehen (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.3 Da von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist, resultiert ohne weiteres ein Invaliditätsgrad von 100 %. Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Rente.

4.4 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2019 (AB 186) aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist ab 1. August 2015 eine ganze Rente zuzusprechen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

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

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Diese sind mit Blick auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ vom 12. Februar 2020 auf Fr. 2'632.40 (Honorar von Fr. 2'373.--, Auslagen von Fr. 71.20, MWSt. von Fr. 188.20 [7.7 % auf Fr. 2'444.20]) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 31. Oktober 2019 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab August 2015 eine ganze Rente zugesprochen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'632.40 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Stellungnahme der Pensionskasse C. _____ vom 7. September 2020)
 - IV-Stelle Bern (samt Stellungnahme der Pensionskasse C. _____ vom 7. September 2020)
 - Pensionskasse C. _____
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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