

200 21 32 IV
FUE/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juni 2021

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. November 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), aus ..., gelernter ... und ... sowie ..., reiste im April 2007 in die Schweiz ein und war zuletzt von 1. Februar 2011 bis 31. Dezember 2012 mit einem Vollpensum als ... bei der C._____ AG angestellt. Am 9. Oktober 2012 meldete er sich unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 5, 8 S. 10 f., act. II 15). In der Folge tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Abklärungen, forderte den Versicherten am 21. November 2013 zur psychiatrischen Behandlung sowie zur Alkoholabstinenz auf (act. II 42) und gewährte ihm am 3. November 2014 ein Belastbarkeitstraining (act. II 68), das nach erneuter Aufforderung zur kontrollierten Abstinenz verlängert wurde (act. II 73, 77, 90). Am 25. März 2015 wurden die Integrationsmassnahmen abgebrochen und am 9. April 2015 wurde der Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint, weil der Versicherte der Aufforderung zur Schadenminderung nicht genügend nachgekommen sei (act. II 86, 88). Daraufhin veranlasste die IVB eine Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 16. Februar 2017 und Ergänzung vom 25. Januar 2018; act. II 115.1, 131 S. 2 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 139, 144, 147) und Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 149) gab die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E._____ (MEDAS) in Auftrag (Expertise vom 4. September 2019; act. II 214.1-10; Stellungnahme vom 19. Februar 2020; act. II 223 S. 3 ff.). Nach neuerlichem Vorbescheidverfahren (act. II 227, 230, 235) und Stellungnahmen des RAD (act. II 243-245) verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. November 2020 (act. II 247) den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Mit Eingabe vom 8. Januar 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 20. November 2020 sei aufzuheben und es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen, eventualiter sei ihm eine Rente der IV sowie Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 29. März 2021 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote sowie von der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers beantwortete Fragen und eine abschliessende Stellungnahme 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 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. allerdings E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. November 2020 (act. II 247). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV. Soweit der Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen beantragt (Beschwerde S. 1), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn entsprechende Massnahmen sind nicht Teil des Anfechtungsobjekts und daher in diesem Verfahren nicht Streitgegenstand.

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

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

2.

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

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

IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht der Klinik F._____ vom 20. Dezember 2012 (act. II 22) diagnostizierten die Dres. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und H._____ (im Eidgenössischen Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet [www.medregom.admin.ch]) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit mindestens zehn Jahren, eine akute Belastungsstörung (ICD-10 F43), bestehend seit ca. April 2012, den Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung und ein schädlicher Alkoholkonsum (S. 2). Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage 100 % (S. 3).

3.1.2 Am 19. April 2013 diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Ophthalmologie, eine Contusio bulbi mit Orbitalbodenfraktur rechts seit 16. April 2013 und eine Contusio bulbi mit Makulanarbe links seit 1987. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (act. II 41 S. 2 f.).

3.1.3 Dr. med. H._____ nannte im am 8. Oktober 2014 der IV zugestellten Bericht der psychiatrischen Dienste des Spitals J._____ (Spital J._____; act. II 62 S. 3 ff.) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 43.1), eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit wiederkehrender latenter Suizidalität (ICD-10 F31.1) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch und ängstlich vermeidend; ICD-10 F61.1; S. 3). Aufgrund der bestehenden Symptomatik vor allem den soziophobischen Tendenzen sowie der depressiven Grundstimmung und damit einhergehender kognitiver Defizite sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich, seinen Aufgaben als ... nachzugehen (S. 5).

3.1.4 Im Bericht der Abklärungsstelle K._____ vom 20. Mai 2015 (act. II 90) über das Belastbarkeitstraining (vom 3. November 2014 bis 20. März 2015) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich gut in

die Gruppe integriert, zeitweilig habe er abgeschirmt alleine arbeiten müssen, damit er die Arbeit konzentrierter habe verrichten können. Ab Mitte Februar 2015 seien die von der IV geforderten Alkoholtests zur Kontrolle der Abstinenz zunehmend positiv ausgefallen. Der Gesundheitszustand habe sich zusehends verschlechtert. Die Präsenz auf fünf Stunden pro Woche (Ziel) habe er nicht erreichen können. Mit der Zeit sei es ihm besser gelungen, regelmässig zur Arbeit zu gehen. In Belastungssituationen oder wenn er sich nicht gut gefühlt habe, sei er zu Hause geblieben oder habe den Arbeitsplatz früher verlassen. Bei körperlichen Arbeiten sei er an seine Grenzen gelangt. Im Moment könne er in der freien Wirtschaft nicht vermittelt werden (S. 2).

3.1.5 Im Verlaufsbericht des Spitals J. _____ vom 5. November 2015 (act. II 95) vermerkte Dr. med. H. _____ einen verschlechterten Gesundheitszustand. Die im Rahmen der PTBS bestehenden Intrusionen, Alpträume und Schlafstörungen hätten zu einem vermehrten Alkoholkonsum i.S. einer "Selbstmedikation" geführt, weshalb die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stehe. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die PTBS (ICD-10 F43.1), die Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25), eine Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F60.9), und eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 2). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Sollte es dem Beschwerdeführer gelingen, langfristig abstinent zu leben, sei die Rückkehr in den gelernten Beruf durchaus zumutbar (S. 3).

Am 23. Mai 2016 (act. II 100) berichtete Dr. med. H. _____ von einem gebesserten Gesundheitszustand. Der Beschwerdeführer habe seinen Alkoholkonsum für mehrere Monate stoppen können und sei zwischenzeitlich, mit kurzem Unterbruch vom 19. Mai bis 1. Juni 2016, wieder abstinent. Zudem sei die Diagnose der PTBS zu Gunsten einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-10 F43.9) geändert worden, da der Beschwerdeführer seit frühester Kindheit schweren und anhaltenden Traumatisierungen (z.B. emotionale Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung) ausgesetzt gewesen sei (S. 2). Es bestehe seit 2013 bis aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3).

3.1.6 Dr. med. L. _____, Facharzt für Rheumatologie, führte im Bericht vom 7. Januar 2017 (act. II 113) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein panvertebrales Schmerzsyndrom, eine intraspongiöse Herniation Deckplatte LWK3 und Arthralgien unklarer Ätiologie auf. Ohne Auswirkung sei eine Osteopenie (S. 1). Es handle sich um chronische Beschwerden, eine rheumatische Erkrankung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht erkennbar. Aus rheumatologischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 2).

3.1.7 Im psychiatrischen Fachgutachten vom 16. Februar 2017 (act. II 115.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____ eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und einen schädlichen Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1; S. 11). Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 könne weder von der Anamnese noch vom aktuellen Befund abgeleitet werden. Zum Vorschein komme allenfalls eine gewisse narzisstische Prägung der Grundpersönlichkeit, definiert als Persönlichkeitsakzentuierung gemäss ICD-10 Z73.1 (S. 9). Bei fehlenden dokumentierten Informationen über mehrere, voneinander durch Remissionen getrennte depressive Episoden könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht gestellt werden. Der Beschwerdeführer berichte von einer vor dem Hintergrund einer Konfliktsituation an seinem letzten Arbeitsplatz entstandenen Kränkung, wobei er sich im weiteren Verlauf überwiegend dysfunktionaler Bewältigungsstrategien (u.a. Alkoholkonsum) bedient habe. Die substanzbezogene Problematik, wobei die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit bei nur teilweise vorliegenden ICD-10-Kriterien nicht gestellt werden könne, sei als schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) einzuordnen (S. 12). Die diagnostischen Kriterien für eine PTBS seien nicht erfüllt, mitunter das A-Kriterium (Trauma; S. 13 f., 16). Betreffend funktionelle Auswirkungen der objektivierten Befunde ergebe sich das Profil von leichten bis maximal mittelgradig ausgeprägten Defiziten in 7 von 13 Mini-ICF-Items, welche sich in den Begriffen der leichtgradig verminderten emotionalen Belastbarkeit und Stresstoleranz zusammenfassen liessen (S. 12). In der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe bedingt durch die genannten Defizite eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 %. In diesem zeitlichen Pensum sollte es dem Beschwerdeführer möglich sein, eine volle Leistung zu erbringen (S. 16).

In der Ergänzung vom 25. Januar 2018 (act. II 131 S. 2 f.) führte Dr. med. D. _____ aus, beide Diagnosen (leichte bis mittelgradige depressive Episode, schädlicher Alkoholkonsum) hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In Anbetracht der heterogenen Aktenlage mit vielfach problematischem Assessment könnten rückblickend keine zuverlässigen Aussagen zu einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr gemacht werden. Das Vorliegen der aufgehobenen Arbeitsfähigkeit könne lediglich für die jeweilige Dauer des stationären Aufenthalts angenommen werden (S. 1). Eine angepasste Tätigkeit, bei der der Beschwerdeführer eine geringere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als um 30 % zeigen würde, lasse sich pragmatisch gesehen nicht ausmachen. Da beim Beschwerdeführer keine Suchterkrankung diagnostiziert worden sei, sondern lediglich ein ungünstig mit der affektiven Störung interferierender Alkoholüberkonsum, erübrigten sich diesbezügliche Weiterungen (S. 2).

3.1.8 Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 23. Mai 2018 (act. II 144 S. 16 f.) über die am Vortag durchgeführte Facetengelenksinfiltration Th10 beidseits und Epiduralinfiltration L3/4 ein lumbales Schmerzsyndrom mit/bei intrakörperlicher Diskushernie L3 und ein chronisches, thorakales Schmerzsyndrom bei Status nach ausgewachsenem Morbus Scheuermann und konsekutiver, thorakaler Hyperkyphose. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an belastungsabhängigen Schmerzen bei der kleinsten Bewegung. Auch die Gehdistanz sei reduziert.

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 31. Mai 2018 (act. II 138 S. 6 ff.) aus, im vorliegenden Fall zeige sich in fast idealtypischer Art und Weise, wie durch die Behandler das Befinden mit einem Befund gleichgesetzt werde mit den entsprechenden Auswirkungen auf die diagnostische Einschätzung. Der Gutachter habe dies dezidiert und tiefgehend herausgearbeitet, so dass seine Angaben bzw. differenzialdiagnostischen Überlegungen überzeugten, insbesondere im Hinblick auf den Ausschluss einer PTBS und einer Persönlichkeitsstörung. Durch das Sucht(mittel)verhalten hätten sich keine bleibenden Schäden eingestellt (S. 8). Es könne sodann angenommen werden, dass es sowohl aufgrund der depressiven Episode als auch

des schädlichen Gebrauchs in der Interaktion zu relevanten Beeinträchtigungen der funktionellen Leistungsfähigkeit gekommen sei. Der Einschätzung, dass auch in einer angepassten Tätigkeit keine intensive Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erzielen sei, könne gefolgt werden. Die Angabe, aufgrund einer berichteten längeren Alkoholabstinenz zum Zeitpunkt der Untersuchung habe auf eine laborchemische Untersuchung verzichtet werden können, überzeuge indessen nicht vollständig. Die Einschätzung des Gutachters zur Arbeits(un)fähigkeit sei zu übernehmen und überzeuge aus versicherungsmedizinischer Sicht unter Einbezug der Störungen und der Tätigkeit. In der Zusammenschau lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht feststellen, dass aus dem Gutachten die zu beurteilenden Indikatoren herausgearbeitet werden könnten und sich anhand derer eine leicht- bis allenfalls mittelgradige Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit bestätigten (S. 10).

3.1.10 Dr. med. H. _____ hielt in der Stellungnahme des Spitals O. _____ vom 10. September 2018 (act. II 147 S. 2 ff.) zum psychiatrischen Fachgutachten zu Handen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers fest, der Beschwerdeführer leide unter einer komplexen Traumafolgestörung, die entgegen den Aussagen des Gutachters auch nicht "bis heute Gegenstand kontroverser fachmedizinischer Diskussion sei", sondern von der WHO zwischenzeitlich offiziell anerkannt und in der Diagnoseliste der ICD-11 aufgenommen worden sei. Zusätzlich erfülle er die ICD-Kriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradige Episode ohne psychotische Symptome. Erschwerend leide er unter einer ausgeprägten Sozialphobie und sehr wahrscheinlich einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Beschwerdeführer habe sich seit Behandlungsbeginn durchgehend sehr arbeitsmotiviert gezeigt, wobei aus psychiatrischer Sicht seit eben diesem eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Bezugnehmend auf das Mini-ICF-APP hätten zumindest mittelgradige Beeinträchtigungen in der Anpassung an Regeln und Routinen, in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie mittelgradige bis schwere Beeinträchtigungen in der Gruppenfähigkeit, der Kontaktfähigkeit mit Dritten und der Fähigkeit zu familiären und

intimen Beziehungen bestanden. Zudem werde eine alleinige psychiatrische Begutachtung dem Krankheitszustand nicht gerecht, weil die Wechselwirkungen zwischen den bestehenden somatischen und psychischen Beschwerden dadurch nicht ausreichend berücksichtigt werden könnten (S. 4 f.).

3.1.11 Im Gutachten der MEDAS vom 4. September 2019 (act. II 214.1) wurden (in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung) folgende Diagnosen gestellt (S. 7):

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
 - mit intrakorporeller Diskushernie L3 mit moderater Osteochondrose im Segment LWK2/3 und minimal dorsaler Bulging der Bandscheibe ohne signifikante Neurokompression

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20)
- Status nach Konsum multipler psychotroper Substanzen, verbunden mit vorübergehenden Nachhallzuständen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F19.70)
- Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1; über viele Jahre hinweg gut kompensiert, unter Einfluss von psychotropen Substanzen und psychosozialen Belastungen mit Anpassungsproblematik zum Teil vorübergehend dekompenziert)
- Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung durch multiple Substanzen (ICD-10 F19.9)
- Sonstige Reaktion auf schwere Belastung (traumatisches Ereignis in der Kindheit; ICD-10 F43.8).
- Deutlicher Rundrücken bei einem Morbus Scheuermann
- Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Muskeldysbalance
- Angedeutete Coxarthrose beiderseits ohne Funktionseinschränkungen
- Knick- Spreizfuss mit Zehendeformitäten
- Folgenlos abgeheilte knöcherner Verletzung der Zehen, der Finger sowie der Rippen
- Aktuell kein Hinweis für entzündlich rheumatische Systemerkrankung
- OS Makulanarbe nach Contusio bulbi 1987
- OD St.n. Orbitabodenfraktur 2013 mit leichtem Enophthalmus
- Hyperopie, Presbyopie
- Leichtgradige erythematöse Helicobacter-negative Gastritis
 - Status nach durchgemachter oberer gastrointestinaler Blutung bei Mallory-Weiss-Läsion 08/2012
- St.n. oberer gastrointestinaler Blutung
 - Gastroskopie 15.8.2012 Mallory-Weiss-Läsion, Ulcera ventriculi und duodeni,
 - keine akute Blutung
- Fortgeschrittener flächenhafter Zökumpolyp
 - histologisch tubulo-villöses Adenom mit teilweise hochgradigen Dysplasiezeichen (20%), wird in Teilstücktechnik abgetragen
- Prae-Adipositas = Übergewicht (BMI 28.4)
- St.n. Appendektomie vor Jahren
- St.n. Tonsillektomie vor Jahren

Aufgrund des Rückenleidens (orthopädischer Befund) ergäbe sich folgendes Fähigkeitsprofil: Der Beschwerdeführer sei in der Lage, mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 20 kg in rücken-schulgerechter Haltung, in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 20 kg ausserhalb des Körperlotes, ständige Zwangshaltungen, Vibration, ruckartige plötzliche Bewegungsausschläge sowie verstärkte Rumpfbeugen und Überstreckung der Lendenwirbelsäule. Er sollte keiner Kälte, Nässe sowie Zugluft ausgesetzt werden (S. 7). Eine entzündliche rheumatische Systemerkrankung habe nicht diagnostiziert werden können, weshalb sich somit hieraus keine zusätzlichen Einschränkungen ergäben. In ophtalmologischer Hinsicht finde sich eine funktionelle Monokelsituation am linken Auge, die während einem grossen Teil des Berufslebens schon immer bestanden und an die sich der Beschwerdeführer gewöhnt habe. Da kein binokulares und räumliches Sehen vorhanden sei, sollten keine Arbeiten ausgeübt werden, die ein exaktes dreidimensionales Sehen erforderten. Das Besteigen von Gerüsten und Leitern sei zu unterlassen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen bestehe aus ophtalmologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit jeder Tätigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen; die Ressourcen seien nicht eingeschränkt. Auch aus gastroenterologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise, dass eine organische Systemerkrankung vorliege. Vielmehr schienen die funktionellen Störungen des gastrointestinalen Trakts für die Beschwerdesymptomatik ursächlich zu sein. Aus diesem Grund ergäbe sich auch aus gastroenterologischer Sicht keine Einschränkung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen. Neurologisch ergäben sich ebenfalls keine eigenständigen arbeitsrelevanten Störungen, welche das Fähigkeitsprofil über das Ausmass der orthopädischen und psychiatrischen Bewertung hinaus funktional beeinträchtigten. Psychiatrisch seien gemäss Mini-ICF-App die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen kognitiv vorhanden und umsetzbar. Die Fähigkeiten zur Planung und Strukturierung von Aufgaben lägen vor. Die Flexibilitäts- und Umstellungsfähigkeit seien vorhanden und könnten aufgrund der Biographie im Arbeitsbereich nachvollzogen werden. Die Kompetenz- und Wissensanwendung lägen hinreichend vor. Die Entscheidungs- oder Urteilsfähigkeit

erscheine nicht verändert. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit seien hinreichend gut. Die Selbstbehauptungsfähigkeit wirke überdurchschnittlich zu sein. Die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten schienen stimmungs- und empathieabhängig zu fluktuieren. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei möglich, erfordere jedoch vom Gegenüber hohe Fähigkeiten zur Beziehungsführung und einfühlendem Verhalten. Die Fähigkeit zur Selbstpflege und -versorgung sei vorhanden, ebenso die Mobilitäts- und Verkehrsfähigkeit (S. 8). Zur Arbeitsfähigkeit legten die Experten dar, lediglich aufgrund der leicht reduzierten Rückenbelastbarkeit könne diese in der angestammten Tätigkeit bei ganztägigem Pensum nur mit einer ca. 30 % verminderten Leistungsfähigkeit ausgeübt werden. Hingegen ergäben sich weder aus neurologischer, allgemeinmedizinischer, internistisch-rheumatologischer, gastroenterologischer, ophtalmologischer noch aus psychiatrischer Sicht keine (recte: eine) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Dies gelte rückblickend seit 2012. Ausgenommen seien die Zeiten der stationären Massnahmen. In einer ideal leidensangepassten Tätigkeit sei eine ganztägige Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch zumutbar, ohne Leistungsminderung. Auch dies gelte retrospektiv seit 2012, ausgenommen in der Zeit der stationären Massnahmen (S. 9).

In der Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (act. II 223 S. 3 ff.) wurde in Beantwortung der Zusatzfragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ausgeführt, die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung treffe nicht zu, da die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt seien. Auch die Diagnose einer komplexen PTBS treffe unter Berücksichtigung der hierzu bisher veröffentlichten Literatur nicht zu. Zusammenfassend ergäbe sich, dass beim Beschwerdeführer gegenwärtig und retrospektiv von psychosozialen Belastungen ausgegangen werden könne, dies speziell ereignisinduziert im Berufsleben. Seit der Jugend zeige er eine Neigung zum Suchtverhalten mit bis vor drei Jahren fortgesetztem Gebrauch von Alkohol, dies zum Teil kombiniert. Die Nebenwirkungen und Langzeitauswirkungen eines fortgesetzten Substanzmissbrauchs seien dabei zu berücksichtigen, diese könnten zeitweilig auch zu Nachhallphänomenen und Verhaltensstörungen führen und somit Symptomen einer PTBS ähnlich sein. Es handle sich um sogenannte kumulative Ereignisse, welche aber keineswegs die Kriterien für eine PTBS erfüllten. Ein chroni-

scher Verlauf einer PTBS, der in eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung übergehen könnte, sei nicht erkennbar, auch kein Syndrom, welches unabhängig von der PTBS aufgetreten wäre.

3.1.12 Dr. med. H._____ führte in der Stellungnahme der Rehaklinik P._____ vom 6. Juli 2020 (act. II 235 S. 2 ff.) zum psychiatrischen (Teil-)Gutachten der MEDAS aus, der Beschwerdeführer erfülle die ICD-10 Kriterien eines schädlichen Alkoholgebrauchs. Sowohl ein Konsum von multiplen psychotropen Substanzen als auch die vorübergehenden Nachhallzustände oder die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen seien nicht zu diagnostizieren. Es entstehe der Eindruck, dass der Beschwerdeführer einmal mehr auf den Alkoholkonsum reduziert und seine Beschwerden nicht ernst genommen würden (S. 3). Auch der Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung könne nicht zugestimmt werden, da die ICD-10-Kriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen (impulsiven) Anteilen erfüllt seien. Differenzialdiagnostisch sei angesichts der biographischen Anamnese, der klinischen Symptomatik und den gezeigten dysfunktionalen Verhaltensmustern auch in dieser Hinsicht eine PTBS (bzw. eine komplexe PTBS) in Betracht zu ziehen, die häufig mit Komorbiditäten wie schädlichem Alkoholkonsum einhergehe. Der Beschwerdeführer leide unter einer komplexen posttraumatischen Folge- störung, wie sie von der ICD-11 anerkannt werde (S. 4). Angesichts der geschilderten, und auch der im Rahmen der therapeutischen Gespräche sowie von der Referentin beobachteten Symptome, erfülle er die Diagnosekriterien einer Traumafolgestörung und aufgrund des langjährigen Verlaufs zwischenzeitlich auch die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 5). Ausserdem leide der Beschwerdeführer seit seiner Jugend unter depressiven Symptomen und erfülle die ICD-10-Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, zumeist mittelgradiger Ausprägung, intermittierend auch schwergradige Episoden. Die geschilderten Symptome könnten nicht als Begleitsymptomatik im Rahmen eines fortgesetzten Alkoholkonsums gesehen werden (S. 6).

3.1.13 Im Austrittsbericht der Rehaklinik P._____ vom 15. September 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) über den stationären Auf-

enthalt vom 13. bis 25. Juli 2020 wurden die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine PTBS im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-10 F43.9) mit emotional-instabiler (impulsiver) und narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und dissoziativen Störungen gemischt, eine rezidivierende depressive Störung, schwergradige Episode (ICD-10 F33.2), und ein schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) gestellt (S. 1). Im Vergleich zum Eintritt liege hinsichtlich des Psychostatus eine leichte Stimmungsaufhellung, eine leichte Verbesserung der Kognition und der Emotionsregulation, eine leichte Reduktion der Ängste sowie ein normalisierter Schlafrhythmus vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100 % (S. 5).

3.1.14 Im Rahmen des neuerlichen Vorbescheidverfahrens führte die RAD-Neurologin Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Neurologie, in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2020 (act. II 243 S. 2-4) aus, bezüglich des lumbalen Schmerzsyndroms sei festzustellen, dass sich keine Hinweise auf neurologische Defizite gefunden hätten. Die Diagnose einer Dystonie der rechten Extremität sei entgegen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nicht gestellt worden und es habe sich auch kein entsprechendes Korrelat gefunden. Eine Dystonie als eigenständige Erkrankung sei nie gesichert worden. Bei Durchsicht des neurologischen Befundes sei klar ersichtlich, dass ein CRPS zu verneinen sei (S. 3). Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich keine neuen Gesichtspunkte ergäben (S. 4).

In der RAD-Stellungnahme vom 20. Oktober 2020 (act. II 244 S. 2-4) hielt Dr. med. R. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, wenn zwei Gutachter unterschiedlicher Fachdisziplinen zu ungleichen Einschätzungen der Leistungsfähigkeit kämen, sei dies kein Widerspruch. Der orthopädische Gutachter habe sich mit den LWS-Leiden detailliert und schlüssig auseinandergesetzt, ohne dass Fragen offen wären, die es über eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zu klären gälte. Für bildgebende Verfahren an der Wirbelsäule lägen keine rechtfertigenden Indikationen vor. Wenn Einäugigkeit die HWS vermehrt belaste, dann sicher nicht im Rahmen versicherungsmedizinischer Relevanz. Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS fänden

sich aus orthopädischer Sicht nicht. Die Bemängelung des Gutachtens durch die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers sei nicht nachvollziehbar (S. 3).

Der RAD-Psychiater Dr. med. N._____ führte in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 (act. II 245 S. 2 ff.) aus, bei der differentialdiagnostischen Einschätzung der von der Gutachterin im psychiatrischen Befund beschriebenen und in den Akten erwähnten depressiven Symptomen werde dargelegt, dass eine vorsichtige Beurteilung vorzunehmen sei. Sodann würden die pathologischen Auffälligkeiten als Reaktion auf Belastungen eingeschätzt, was überzeuge und es werde auch deutlich, dass zum Teil IV-fremde Begebenheiten vorlägen. Auf die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und der klinischen Wahrnehmung werde im Gutachten eingegangen. Der Verzicht auf das Einholen von Fremdanamnesen stelle bei wie hier gut dokumentierter psychiatrischer Vorgeschichte kein Mangel dar (S. 3). Die Einschätzung, dass die Diagnose Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, gegenwärtig abstinent, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, überzeuge, zumal psychische Alkoholfolgestörungen ausgeschlossen worden seien. Die Schilderung über eine seit Jugendzeit bestehende Neigung zu Suchtverhalten finde sich tatsächlich nicht im Befragungsteil, was jedoch keine Auswirkungen auf die Gesamtbeurteilung habe. Zur Persönlichkeitsstörung und zu den Komorbiditäten werde gutachterlich ausführlich eingegangen. Der auf Verständnis und Fürsorge aufgebauten Schilderung der klinischen Symptomatik und der darauf basierenden Einschätzung in der Stellungnahme der Dr. med. H._____ vom 6. Juli 2020 stehe die versicherungsmedizinische Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin gegenüber, bei der auf der Basis der aktuell gültigen Diagnosemanuale ein medizinisch-theoretischer Ansatz gewählt worden und ein strukturiertes Beweisverfahren zur Anwendung gekommen sei, was alleine für die Abfassung eines versicherungsmedizinischen Gutachtens relevant sei (S. 4). Auf die erneut vorgebrachten Kritikpunkte zum Thema PTBS und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sei die Gutachterin eingegangen. Zusammengefasst könne auf die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten abgestellt werden (S. 5).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 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).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 4. September 2019 (act. II 214.1-10; samt Stellungnahme vom 19. Februar 2020; act. II 223 S. 3 ff.), bestehend aus einer interdisziplinären Beurteilung, einem neurologischen, rheumatologischen, internistischen, orthopädischen, psychiatrischen, gastroenterologischen sowie einem ophthalmologischen Teilgutachten, erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Insbesondere basiert die interdisziplinäre Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353), weshalb darauf abgestellt werden kann. Demnach besteht aus orthopädischer Sicht aufgrund eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit intrakorporeller Diskusher-

nie L3 mit moderater Osteochondrose im Segment LWK2/3 und minimal dorsalem Bulging der Bandscheibe ohne signifikante Neurokompression und der daraus resultierenden leicht reduzierten Rückenbelastbarkeit in der angestammten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 30 % seit 2012, währenddem eine angepasste Tätigkeit ganztägig bei vollem Rendement zumutbar ist. Aus neurologischer, allgemeinmedizinischer, internistisch-rheumatologischer, gastroenterologischer, ophthalmologischer sowie psychiatrischer Sicht bestand weder im Gutachtenszeitpunkt noch retrospektiv seit 2012 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ausgenommen in den Zeiten der stationären Massnahmen (act. II 214.1 S. 7-9, act. II 214.5 S. 13 und 15 f.). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen:

3.3.1 Vorab ist festzustellen, dass der gegen die MEDAS-Gutachter vorgebrachte Einwand der Befangenheit (act. II 217 S. 1, Beschwerde S. 4) unbegründet ist. Konkrete Gründe für den Anschein der Befangenheit brachte bzw. bringt der Beschwerdeführer nicht vor und sind auch nicht ersichtlich. Insbesondere kann der "Eindruck, dass das Ergebnis der Begutachtung bereits zu Beginn feststand", mangels entsprechender Anhaltspunkte nicht nachvollzogen werden. Ebenso wenig liegen Hinweise dafür vor, dass die Gutachter ihre Beurteilungen nicht neutral und sachlich abgegeben hätten (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110; SVR 2017 IV Nr. 27 S. 78 E. 5.2). Sodann lag der Umstand, dass die Gutachter die Zusatzfragen des Beschwerdeführers nicht beantwortet haben, nicht an ihnen, sondern an der Verwaltung, welche die entsprechenden Fragen nicht weitergeleitet hat. Dies wurde indes nachgeholt (act. II 223 S. 1).

3.3.2 Der Beschwerdeführer bemängelt im Wesentlichen, zwischen dem psychiatrischen Gutachten des Dr. med. D. _____ vom 16. Februar 2017 (act. II 115.1) und dem psychiatrischen Teilgutachten der med. prakt. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, der MEDAS vom 28. August 2019 (act. II 214.6) bestünden auf diagnostischer Ebene Widersprüche, weshalb ein Obergutachten anzuordnen sei. Ferner sei das psychiatrische Teilgutachten nicht objektiv und nicht schlüssig (Beschwerde S. 4). Dem kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass

entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde der Vorgutachter Dr. med. D._____ nicht etwa vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausging, sondern im Gegenteil diese Diagnose gestützt auf die Anamnese und den erhobenen Befund explizit verwarf bzw. festhielt, "Zum Vorschein komme allenfalls eine gewisse narzisstische Prägung der Grundpersönlichkeit, im Sinne eines Persönlichkeitsstils, in der Kategorie Z der ICD-10 als «Persönlichkeitsakzentuierung» (Z73.1) definiert.". Eine relevante nach ICD-10 diagnostizierbare Persönlichkeitspathologie schloss er aus (act. II 115.1 S. 9 Ziff. 4.1, S. 12 Ziff. 6.4). Dies steht im Einklang mit der Beurteilung der med. prakt. S._____, die ebenfalls eine Persönlichkeitsakzentuierung bejahte (act. II 214.6 S. 13, 15 f.), hingegen eine Persönlichkeitsstörung verneinte (act. II 214.6 S. 15 unten). Ferner hat med. prakt. S._____ schlüssig und für den Rechtsanwender nachvollziehbar anhand der klassifikatorischen Vorgaben dargelegt, dass – wiederum im Einklang mit dem Vorgutachten (act. II 115.1 S. 14 f.) – weder die Kriterien für eine PTBS noch eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung erfüllt sind und der Beschwerdeführer dazu neigt, die geschilderten Symptome zu übertreiben und andere Gegebenheiten zu verschweigen oder oberflächlich zu beantworten (act. II 214.6 S. 15). Zum Teil wirke sein Verhalten laut der psychiatrischen Expertin auch aufgesetzt bzw. nicht echt (act. II 214.6 S. 9 und 16). Was die vorgutachterlich gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (act. II 115 S. 11) angeht, überzeugt mit Blick auf die von med. prakt. S._____ erhobenen psychopathologischen Befunde nach AMDP, die in Bezug auf die Symptome einer Depression (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 f.) praktisch vollständig (mit Ausnahme der Affektivität) unauffällig ausfielen, dass die Expertin – bezogen auf den Zeitpunkt der Untersuchung – eine entsprechende Diagnose verneinte. Was die retrospektive Beurteilung betrifft, hob med. prakt. S._____ die bei den in den Vorakten postulierten depressiven Episoden jeweils bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (act. II 214.6 S. 14 und 16: räumliche Trennung von der Familie, Stellenverlust) sowie die einem relevanten depressiven Zustand nicht entsprechenden therapeutischen und pharmakologischen Aktivitäten (act. II 214.6 S. 16) hervor. Damit ist davon auszugehen, dass sie –

abweichend vom Vorgutachter – in retrospektiver Hinsicht von (bloss) reaktiven (und nicht verselbständigten) und oder nicht hinreichend schweren und somit nicht relevanten depressiven Zuständen ausging, was eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts darstellt. Welcher gutachterlichen Beurteilung bezüglich des depressiven Geschehens für die Zeit vor der polydisziplinären Begutachtung beweisrechtlich Vorrang einzuräumen ist, kann hier letztlich offen bleiben. Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers von der für ihn günstigeren Einschätzung des Dr. med. D. _____ auszugehen wäre und auf eine Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281) verzichtet würde (eine höhere Arbeitsunfähigkeit kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2), änderte dies am Ergebnis nichts, weil, wie nachfolgend zu zeigen ist, auch unter Berücksichtigung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von "maximal" 30 % (vgl. E. 3.1.7 hiervor) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 4.4 f. hiernach). Im Übrigen leitete der Erstgutachter aus dem depressiven Geschehen in Verbindung mit dem schädlichen Alkoholkonsum eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von "maximal" 30 % ab (act. II 115.1 S. 16), womit die Beurteilung der beiden psychiatrischen Experten sowohl diagnostisch (betreffend die Zeit vor der Begutachtung) als auch in Bezug auf die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen lediglich leicht – und nicht etwa fundamental – divergieren. Dies stellt nicht per se einen Mangel an einem Gutachten dar, sondern ist dem Umstand geschuldet, dass die psychiatrische Exploration dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Dies ist hier bei beiden psychiatrischen Experten der Fall.

3.3.3 Keine Zweifel am polydisziplinären Gutachten bzw. am psychiatrischen Teilgutachten vermögen auch die Berichte der die psychischen Beschwerden behandelnde Dr. med. H. _____ vom 6. Juli und 15. September 2020 (act. II 235 S. 2 ff. und act. I 4) zu wecken. Diese enthalten im Wesentlichen eine andere Würdigung der Aktenlage bzw. der Symptome

und laufen auf eine andere – vom MEDAS-Gutachten (aber auch vom psychiatrischen Vorgutachten) abweichende diagnostische Beurteilung hinaus. Zudem verwendete Dr. med. H. _____ Diagnosen, die in der aktuell geltenden ICD-10 nicht enthalten sind, so namentlich diejenige einer komplexen posttraumatischen Folgestörung nach der voraussichtlich 2022 einzuführenden ICD-11 (act. II 235 S. 4 f.). Im Übrigen kann eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden (statt vieler: Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Über einen (psychiatrischen) Facharztstitel verfügt Dr. med. H. _____ indessen nicht (vgl. E. 3.1.1 hiervor). Ausserdem ist, was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2020, 8C_515/2020, E. 4.2.3). Schliesslich enthalten die erwähnten Berichte der behandelnden Ärztin keine neuen (wesentliche) Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder durch die psychiatrische Expertin nicht gewürdigt worden wären (vgl. vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.4 Mithin ist der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt, so dass auf die beschwerdeweise beantragte Einholung eines Ober- bzw. Gerichtsgutachtens verzichtet werden kann. Nachfolgend ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 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).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Ein-

schränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der frühest mögliche Rentenbeginn liegt unter Berücksichtigung der Anmeldung bei der IVB im Oktober 2012 (act. II 5 S. 1, 6; Art. 29 Abs. 1 IVG) und der im Anmeldeformular geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2012 (act. II 5 S. 3) im Juli 2013, womit ein Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin durchzuführen ist. Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist erstellt, dass in somatischer Hinsicht in der bisherigen Tätigkeit seit 2012 eine Leistungsminderung von 30 % besteht, wogegen eine adaptierte Tätigkeit ganztätig bei vollem Rendement zumutbar ist (vgl. E. 3.3 hiervor). Aus psychiatrischer Sicht bestand bis zur MEDAS-Begutachtung – wenn überhaupt (vgl. E. 3.3.2 hiervor) – eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von 30 % (act. II 115.1 S. 16, 131 S. 3). Ein weiterer Einkommensvergleich pro Januar 2019 (zweite psychiatrische Begutachtung; act. 214.6 S. 1) erübrigt sich, da kein höherer Invaliditätsgrad resultierte (keine Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit). Sodann haben die stationären Aufenthalte nie länger als drei Monate angedauert, womit diese in revisionsrechtlicher Hinsicht ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen anhand des zuletzt erzielten Einkommens bei der C._____ AG festgesetzt, was nicht zu beanstanden ist. Diese Anstellung wurde aus gesundheitlichen Gründen durch die Arbeitgeberin gekündigt (act. II 12, act. II 15 S. 2 Ziff. 2.2) und es bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns als Gesunder überwiegend wahrscheinlich bei einer anderen Arbeitgeberin oder in einem anderen Tätigkeitsbereich beschäftigt gewesen wäre. Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer

im Jahr 2011 während 11 Monaten (Februar bis Dezember) ein Einkommen von Fr. 58'244.-- (act. II 15 S. 10 Position 240), was denn auch mit dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) übereinstimmt (act. II 14 S. 3). Aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2013 ergibt dies ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 64'483.-- (Fr. 58'244.-- / 11 Mt. x 12 Mt. / 101.0 x 102.5; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex Männer 2011-2019, Tabelle T1.1.10, Total). Soweit beschwerdeweise ein Valideneinkommen von mindestens Fr. 67'000.-- geltend gemacht wird, ist dieses nicht nachvollziehbar. Dies zumal das im Lohnausweis deklarierte Einkommen von Fr. 67'408.-- (act. I 10) diskrepant zum IK-Auszug (act. II 226) ist. Doch selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers auf dieses Einkommen abgestellt würde, änderte sich am Ergebnis nichts (vgl. E. 4.5 hiernach). Weshalb es sich bei der letzten Tätigkeit um "eine Invalidentätigkeit" handeln sollte (Beschwerde S. 5), legt der Beschwerdeführer nicht substantiiert dar und solches ist auch nicht ersichtlich.

4.4 Der Beschwerdeführer hat keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft die medizinisch-theoretisch Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht aus, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu bestimmen ist (vgl. E. 4.1.2 hier vor). Praxisgemäss ist vom Totalwert des Durchschnittslohns im gesamten privaten Sektor im untersten Kompetenzniveau, mithin Fr. 5'210.-- (BfS, LSE 2012, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) auszugehen (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_534/2019, E. 5.2 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalarbeitszeit von 41.7 Stunden (BfS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2012) und der Indexierung auf das Jahr 2013 (BfS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2019, Total: 101.7 [2012] bzw. 102.5 [2013]) ergibt sich – ausgehend zu Gunsten des Beschwerdeführers von der Einschätzung des Dr. med. D. _____ (vgl. E. 3.3.2 und 4.2 hier vor) – bei einer medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Invalideneinkommen von Fr. 45'983.-- (Fr. 5'210.-- x 12 Mt. / 40.0 Std. x 41.7 Std. / 101.7 x 102.5 / 100 x 70). Hiervon ist – anders als der Beschwerdeführer verlangt (Beschwerde S. 5) – kein (leidensbedingter) Tabellenlohnabzug

vorzunehmen. Die behinderungsbedingten Einschränkungen sind in der medizinischen Leistungsbeurteilung umfassend berücksichtigt und flossen bereits in das Anforderungs- und Belastungsprofil ein, weshalb sie nicht nochmals als abzugsrelevant herangezogen werden dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Die Teilzeittätigkeit rechtfertigt ebenfalls keinen Abzug, denn mit Blick auf die statistischen Daten resultiert keine überproportionale Lohneinbusse. Für Männer ohne Kaderfunktion besteht zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50 % und 74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 5'918.-- [2010] bzw. Fr. 6'080.-- [2012]) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 5'929.-- [2010] bzw. Fr. 6'085.-- [2012]) eine geringe Differenz von Fr. 11.-- bzw. Fr. 5.-- (vgl. Tabelle des BfS, Schweiz 2010 bzw. 2012, Monatlicher Bruttolohn, [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen] zusammen; veröffentlicht im Anhang des vom BSV herausgegebenen IV-Rundschreibens Nr. 328 vom 22. Oktober 2014; vgl. auch Entscheid des BGer vom 28. Februar 2017, 8C_12/2017, E. 5.5.2). Der Beschwerdeführer besitzt die Aufenthaltsbewilligung C (act. II 6). Männer mit dieser Aufenthaltskategorie verdienen zwar bei Stellen ohne Kaderfunktion weniger als Schweizer, aber dennoch mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnittseinkommen (vgl. hierzu Tabelle T12_b der LSE 2012 und Entscheid des BGer vom 20. Oktober 2011, 8C_594/2011, E. 5). Zudem bestehen dafür, dass er wegen seiner ausländischen Nationalität und dem Status mit Aufenthaltsbewilligung C auf dem Arbeitsmarkt eine Lohneinbusse hinnehmen müsste, keine Anhaltspunkte, entsprach doch sein Einkommen vor Eintritt der Invalidität durchaus branchenüblichen Ansätzen, die auch für Schweizer Geltung hatten (vgl. hierzu BGE 126 V 75 E. 7b S. 82). Nicht gerechtfertigt ist schliesslich ein Abzug vom Tabellenlohn aufgrund des Lebensalters, weil Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Entscheid des BGer 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020, E. 5.2).

4.5 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen (Valideneinkommen von maximal Fr. 67'408.-- und Invalideneinkommen von

Fr. 45'983.--) ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'425.-- und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) von gerundet höchstens 32 % (Fr. 21'425.-- / Fr. 67'408.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. November 2020 (act. II 247) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (mitsamt Eingabe des Beschwerdeführers vom 29. März 2021)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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