

200 21 629 IV
KOJ/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Januar 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. August 2021



Sachverhalt:

A.

Im September 2018 meldete sich der 1962 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 1).

Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht teilte die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) dem Versicherten am 6. März 2019 mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (AB 34). Nach weiteren Abklärungen unterbreitete sie das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung. Dieser kam mit Bericht vom 12. November 2019 zum Schluss, dass es ein polydisziplinäres Gutachten brauche (AB 56). Nach entsprechender Mitteilung an den Versicherten (AB 59) erteilte die IV-Stelle über die Plattform Suisse-MED@P den Auftrag für eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Innere Medizin, Neurologie und Neuropsychologie; zugewiesen wurde C. _____ (MEDAS; vgl. AB 62 f.). Das entsprechende MEDAS-Gutachten (mit Teilgutachten und Laborbefund) datiert vom 10. September 2020 (AB 86.1 – 86.6).

Mit Schreiben vom 18. September 2020 forderte die IV-Stelle beim Versicherten die Geschäftsunterlagen der letzten Jahre an (AB 87). Am 24. September 2020 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass 2018 alle Unterlagen verloren gegangen seien, er aber gewisse Unterlagen bei den Steuerverwaltungen der Kantone Solothurn und Bern sowie bei der AHV einholen und ihr zustellen könne (AB 88). Zudem reichte er auf entsprechende Aufforderung hin einen Lebenslauf ein (vgl. AB 89 f.).

Nach Eingang der vom Versicherten bei der Schweizerischen Ausgleichskasse, der Steuerverwaltung des Kantons Bern, der Veranlagungsbehörde Solothurn, der Eidgenössischen Steuerverwaltung und der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn eingeholten Unterlagen (AB 92.2 – 92.7) erstellte die IV-Stelle nach einer zusätzlichen persönlichen Erhebung vom 8. Januar 2021 einen noch nicht abschliessenden Abklärungsbericht für Selbständig-

erwerbende (AB 96); zudem unterbreitete sie die vom Versicherten eingeholten Angaben und die Erkenntnisse in erwerblicher Hinsicht den MEDAS-Gutachtern zur Stellungnahme (AB 99). Nach Eingang der gutachterlichen Stellungnahme (vgl. AB 101) nahm die Abklärungsfachperson im Abklärungsbericht vom 30. März 2021 (AB 102) eine ausführliche rechtliche Beurteilung vor, worauf die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. April 2021 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte. Mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 103).

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Mai 2021 Einwand (AB 107). Mit Verfügung vom 9. August 2021 verneinte die IV-Stelle unter Stellungnahme zu den erhobenen Einwänden ihrem Vorbescheid vom 15. April 2021 entsprechend einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 112).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 13. September 2021 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente im Umfang einer halben Rente nach IVG ab 1. September 2019 zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Des Weiteren sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt zu gewähren.

Am 7. Oktober 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine umfassende Stellungnahme im Rahmen einer Beschwerdeantwort und beantragte, die Beschwerde sei abzuweisen.

Mit Verfügung vom 8. Oktober 2021 hiess der zuständige Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt gut.

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 Angefochten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. August 2021 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; BBl 2020 5535 ff.) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der streitige Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

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).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

2.5 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

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

2.7 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.

3.1 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Gemäss Bericht des Spitals D._____ (AB 29 S. 4 f.) begab sich der Versicherte am 5. September 2018 in Begleitung seiner Ehefrau kurz nach 18 Uhr in den Notfall, nachdem ihm die Vermieterin eine solche Vorstellung vorgeschlagen hatte. Im Befund wurde der Versicherte als freundlich zugewandt, offen, kooperativ, wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert beschrieben. Aufmerksamkeit und Konzentration seien objektiv nicht eingeschränkt. Das Gedächtnis sei auch subjektiv nicht beeinträchtigt (auch fremdanamnestisch nicht). Teilweise bestehe eine leichte Auffassungsstörung. Formalgedanklich sei der Versicherte kohärent, flüssig berichtend, teilweise leicht sprunghaft. Er berichte von Ängsten, von Ver-

folgungs- und Beobachtungswahn, von Sinnestäuschungen und teilweise von Depersonalisationserleben, jedoch nicht von Derealisation. Ebenso von Gedankenausbreitung (dem Gefühl, andere könnten seine Gedanken lesen); ansonsten bestünden keine Anhaltspunkte für Ich-Störungen. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten, der affektive Rapport gut herstellbar (AB 29 S. 5). Als Diagnose wurde ein psychotisches Zustandsbild festgehalten (AB 29 S. 4). Eine stationäre Behandlung habe der Versicherte nicht gewünscht. Bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung sei er in der Folge in Begleitung der Ehefrau entlassen worden (AB 29 S. 5).

Am 10. Oktober 2018 begab sich der Versicherte erneut in den Notfall (AB 29 S. 1 ff.). Er fühle sich durch die aktuelle noch unklare Wohnsituation seit der Rückkehr in die Schweiz sehr belastet. Er und seine Frau würden eigentlich gerne in eine betreute Wohnung gehen, da sie sich überfordert fühlten. Unklar sei jedoch, wie dies finanziert werden könne. Sie seien nun auf dem psychiatrischen Notfall vorstellig, um eine ärztliche Bescheinigung für das Amt zu erhalten. Im Befund wurde der Versicherte wiederum als bewusstseinsklar, jedoch mit verlängerter Antwortlatenz beschrieben. Im Kontakt sei er freundlich, offen, zugewandt, kooperativ. Aufmerksamkeit und Konzentration seien objektiv nicht eingeschränkt, subjektiv reduzierte Konzentration. Es bestehe eine leichte Auffassungsstörung. Formalgedanklich sei der Versicherte zeitweise weitschweifig, vorbeiredend, verlangsamt, jedoch kohärent. Es werde eine diffuse Angstsymptomatik berichtet, Beobachtungs- und Verfolgungsideen sowie Akoasmen. Stimmenhören werde verneint. Es bestünden keine Ich-Störungen. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten, der affektive Rapport gut herstellbar. Es seien vor allem depressive Symptome wie Niedergestimmtheit, Freudverlust, reduzierte Belastbarkeit, Schlafschwierigkeiten und Existenzängste sowie psychotische Symptome geklagt worden. Es bestehe der Verdacht auf eine depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Der Versicherte sowie die Ehefrau äusserten einen hohen Leidensdruck. In der Folge sei dem Versicherten eine stationäre Aufnahme zur diagnostischen Abklärung und medikamentösen Anpassung nahegelegt worden. Dies sei für den Versicherten jedoch nicht in Frage gekommen mit der Begründung, dass er seine Ehefrau nicht alleine lassen könne resp. wolle. Des Weiteren sei dem Versicherten angeboten worden, auf der Notfallstation eine Bildgebung durchzu-

führen und dabei auch die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer bildgebenden Untersuchung erläutert worden. Dies habe der Versicherte ebenfalls abgelehnt. Er habe Ängste hinsichtlich einer Untersuchung geäussert und dies lieber mit seinem Hausarzt besprechen wollen (AB 29 S. 2).

3.1.2 Gemäss Arztbericht von E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, vom 5. November 2018 (AB 23) begab sich der Versicherte ab 31. August 2018 zu ihm in Behandlung (AB 23 S. 2). Der Versicherte habe sich in Begleitung der Ehefrau vorgestellt und geäussert, dass er sich durch die aktuelle noch unklare Wohnsituation sehr belastet fühle. Sie hätten bis April 2018 auf ... gelebt und seien in die Schweiz zurückgekehrt. Sie hätten aufgrund eines ... ihr Haus verloren. Da sie sich überfordert fühlten, würden sie eigentlich gerne in eine betreute Wohnung gehen. Unklar sei jedoch, wie dies finanziert werden könne. Der Zustand des Versicherten sei seit der Rückkehr in die Schweiz stark verschlechtert. Er leide unter verschiedenen Ängsten und fühle sich von Menschen verfolgt und beobachtet. Zudem höre er gelegentlich die Stimme von seinem verstorbenen Vater sowie auch verschiedene Geräusche wie Sirenen. Die Stimmungslage sei konstant bedrückt und oft dysphorisch bis aggressiv. Er habe grosse Mühe, sich zu konzentrieren, habe keinen Antrieb und keine Energie. Er leide an starken Ein- und Durchschlafstörungen und sei sehr misstrauisch anderen Menschen gegenüber. Er sei überzeugt, ein Vorgefühl zu haben, was mit gewissen Menschen in Zukunft passieren werde. Die beschriebene Symptomatik bestehe seit ca. 2016 und sei seit der Rückkehr in die Schweiz stärker geworden. Auf ... sei er durch seinen Hausarzt mit Temesta behandelt worden. Bisher sei er noch nicht in einer psychiatrischen Behandlung gewesen. 2017 habe er sich frühpensionieren lassen. Aktuell sei er sozialhilfeabhängig (AB 23 S. 3).

Beim Versicherten handle es sich um einen 56-jährigen gepflegten Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert, jedoch mit verlängerter Antwortlatenz. Im Kontakt sei er freundlich, offen zugewandt, kooperativ. Aufmerksamkeit und Konzentration seien leicht eingeschränkt. Es liege eine leichte Auffassungsstörung vor. Formalgedanklich sei der Versicherte zeitweise weitschweifig, vorbeire-

dend, verlangsamt mit Gedankenkreisen und ausgeprägtem Grübeln. Er berichte über eine diffuse Angstsymptomatik, einen Verfolgungs- und Beobachtungswahn sowie Sinnestäuschungen mit gelegentlich Stimmenhören und Akoasmen. Ebenso über Depersonalisationserleben und Gedanken- ausbreitung (das Gefühl, andere könnten seine Gedanken lesen). Ansonsten bestünden keine Ich-Störungen. Die Schwingungsfähigkeit sei redu- ziert, der affektive Rapport gut herstellbar. Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung bestünden nicht (AB 23 S. 4).

Es liege ein Interessenverlust, eine Energie- und Antriebslosigkeit sowie ein ständiges Gefühl der Überforderung vor. In der Folge bestehe ein man- gelhafter Selbstwert, ein sozialer Rückzug und ein Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Bei der Arbeit wirke sich dies in Form einer stark ver- minderten Belastbarkeit, einer tiefen Frustrationsschwelle sowie einer ein- geschränkten Leistungsfähigkeit und einer Verlangsamung aus (AB 23 S. 5). Er erachte den Versicherten bei einem Verdacht auf eine rezidivie- rende depressive Störung bei gegenwärtig schwerer Episode mit psychoti- schen Symptomen (ICD-10: F33.3) bis auf weiteres als vollständig arbeits- unfähig. Differentialdiagnostisch liege beim Versicherten eine schizode- pressive Störung vor (ICD-10: F25.1; AB 23 S. 2 und 4).

Mit Verlaufsbericht vom 25. April 2019 hielt Dr. med. E. _____ bei un- veränderter Verdachtsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) einen verbesserten Gesundheitszustand fest (AB 37 S. 2). In Bezug auf die Arbeitstätigkeit sei die Prognose aufgrund des bisherigen Verlaufs eher schlecht, wobei er durch Anpassung der neuroleptischen und antide- pressiven Medikation eine langfristige Besserung der Symptomatik für denkbar erachte (AB 37 S. 3). Von körperlicher und geistiger Seite bestün- den keine Einschränkungen. Von psychischer Seite bestehe eine ausge- prägte Energie- und Antriebslosigkeit, ein Interessenverlust, ein Grübeln, eine stark verminderte psychische Belastbarkeit, ein sozialer Rückzug, ein Misstrauen gegenüber anderen Menschen, Konzentrationsprobleme sowie eine reduzierte Frustrationstoleranz. Aktuell sei der Versicherte für alle Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (AB 37 S. 4).

Im Verlaufsbericht vom 7. Oktober 2019 (AB 53) hielt Dr. med. E. _____ einen stationären Gesundheitszustand fest. Es habe sich keine Änderung ergeben (AB 53 S. 2).

3.1.3 Mit ärztlichem Bericht vom 12. November 2019 hielt Dr. med. F. _____ vom RAD, Fachärztin für Anästhesiologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, aus Sicht des RAD bestünden im psychiatrischen Teil insofern Inkonsistenzen, als in den Akten berichtet werde, der Versicherte und seine Frau würden rundherum viel helfen und unterwegs sein, was zwangsläufig mit Antrieb und Energie verbunden sei, während in den psychiatrischen Arztberichten der Versicherte immer als antriebslos und schwer depressiv beurteilt werde. Es sei auch nicht plausibel, dass jemand, der schwer depressiv sei und so leide, sich nicht stationär behandeln lasse. Noch weniger plausibel sei, dass wenn nach über einem Jahr eine angeblich schwere depressive Symptomatik sich nicht bessere, der Versicherte nicht durch den ambulant behandelnden Psychiater zu einer stationären Therapie motiviert und zugewiesen werde. Es falle generell auf, dass der Versicherte zwar Beschwerden äussere, aber auch für die somatischen Abklärungen ein gewisser Druck habe aufgesetzt werden müssen, damit diese erfolgten. In den somatischen Abklärungen fänden sich keine Einflüsse auf eine geltend gemachte psychiatrische Symptomatik. Im Spital D. _____ sei dem Versicherten empfohlen worden, sich stationär aufnehmen zu lassen, um einerseits psychiatrisch diagnostisch mehr abzuklären und dann auch medikamentös optimieren zu können, was der Versicherte bis jetzt nicht gemacht habe. Auch sei seine psychotische Symptomatik nicht ganz nachvollziehbar, denn dazu passe das Verhalten des Versicherten nicht, werde er doch als freundlich zugewandt beschrieben und im Psychostatus jeweils ein affektiv guter Rapport festgehalten. Der Versicherte habe sich 2017 frühpensionieren lassen. Er und seine Frau lebten, seitdem ihr Haus auf ... bei einem ... zerstört worden sei, in der Schweiz von der Sozialhilfe. Sie lebten derzeit in einer Ferienwohnung. Der Versicherte leide unter der ungeklärten Wohnsituation. In der Folge wolle das Ehepaar in ein betreutes Wohnen und wisse nicht, wovon sie das bezahlen sollten. Es sei nicht plausibel, wieso sie beide oder auch nur der Versicherte ein betreutes Wohnen benötigen sollten, wo sie doch selbst rundherum aktiv helfen würden. Inwieweit finanzielle Probleme am geltend gemachten

psychiatrischen Gesundheitsschaden, der per se nicht in dem Ausmass nachvollziehbar sei, mitwirkten, sei auch unklar. Es brauche ein polydisziplinäres Gutachten inkl. Neuropsychologie, da der Versicherte subjektiv über entsprechende Beschwerden klage und nicht nachvollziehbar er-scheine, dass eine schwere depressive Symptomatik vorliege, welche allenfalls bestehende neuropsychologische Befunde erklären würde (AB 56 S. 6 f.).

3.1.4 Anlässlich der polydisziplinären medizinischen Begutachtung des Beschwerdeführers durch die MEDAS-Gutachter fanden sich weder aus allgemeinmedizinischer und internistischer noch aus neurologischer Sicht Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ausser einer arteriellen Hypertonie und dem Verdacht auf ein Restless Legs-Syndrom, beides ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, konnten aus somatischer Sicht keine Diagnosen gestellt werden (vgl. AB 86.1 S. 7 und 11, AB 86.2 S. 5 sowie AB 86.3 S. 7). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich gestützt auf die Akten feststellen, dass wechselnde und polymorphe, teilweise sich widersprechende Symptome geklagt würden, wie zum Beispiel eine Antriebslosigkeit und Depression versus Aggressionen und "Ausrastern", einmal würden akustische Halluzinationen angegeben, einmal verneint, sodass der Eindruck von Inkonsistenzen entstehe (AB 86.1 S. 9).

Der Versicherte habe nach eigenen Angaben insgesamt schlechte Erinnerungen an seine Kindheit. Sein Vater sei streng gewesen und habe ihn auch geschlagen. Später hätten die Eltern ein ... geführt und er habe dort nach der Schule viel mitarbeiten müssen. Es liessen sich in der Kindheit neurotische Brückensymptome mit einer Schüchternheit, einem Kauen der Fingernägel, einer Ängstlichkeit und Albträumen eruieren. Der Versicherte sei nach eigenen Angaben auch in der Schule ein Aussenseiter gewesen und habe in seiner Lehre als ... einen Magenerkrankung entwickelt, eine für Stress typische Krankheit, weil er sich dort nicht wohl und unter Druck gefühlt habe. In der Folge sei seine berufliche Karriere wenig erfolgreich verlaufen (AB 86.1 S. 9). Betrachte man den heutigen psychopathologischen Befund, so könne festgestellt werden, dass keine primär psychotischen Symptome vorhanden seien. Das formale Denken sei in sich kohärent und logisch. Es bestünden keine Gedankenabrisse, keine Gedankeneingebun-

gen, keine Neologismen, keinerlei Hinweise für einen psychotischen Gedankengang. Der Versicherte berichte inhaltlich vor allen Dingen über Ängste, die überdimensioniert seien und bis zum Grad einer paranoiden Vorstellung gingen. Leute hätten die Absicht, ihm in irgendeiner Art und Weise, die diffus und unklar bleibe, zu schaden. Er berichte auch über Alpträume – nicht Halluzinationen –, in denen er Tote sehe und einen Leichengeruch wahrnehme. Das ganze Verhalten des Versicherten habe aber im klinisch-psychiatrischen Befund einen deutlich histrionischen Charakter. Der Versicherte sei zwar einerseits sehr abhängig, passiv und ängstlich, pueril und regrediert, er spreche leise, monoton und verwaschen, andererseits aber habe er einen grossen Wunsch nach Zuwendung und Verständnis und danach, sich selbst und seine Probleme darlegen zu können. Betrachte man die belastende Lebensgeschichte, dann den wenig erfolgreichen beruflichen Karriereweg und seine heutigen Probleme, so könne phänomenologisch zwar eine Angst und Depression als Diagnose festgestellt werden, aber auch eine grundlegende Persönlichkeitsstörung, die deutlich abhängige und passive, aber auch ebenso deutlich histrionische Anteile habe. Zusammengefasst liege eine erhebliche Störung vor, die auf die Funktionalität zweifellos relevante Auswirkungen habe (AB 86.1 S. 9 f.). Die vom RAD aufgezeigte Widersprüchlichkeit sei symptomatisch für das histrionische Moment in der Persönlichkeit des Versicherten, bedeute doch der lateinische Begriff des *histrion* Schauspieler, Gaukler. Und genau das liege beim Versicherten vor, wobei das Verhalten sehr bewusstseinsnah sei. Der Versicherte sehe in seiner sozialen Misere und nach dem Scheitern seiner beruflichen Laufbahn keinen anderen Ausweg, als krank zu sein und berentet zu werden (AB 86.1 S. 10). Im neuropsychologischen Fachbereich liessen sich aufgrund des histrionischen Verhaltens des Versicherten keine verlässlichen Aussagen machen. Aus diesem Grunde habe die Untersuchung vorzeitig abgebrochen werden müssen. Die Verhaltensbeobachtung habe aber auch hier eine auffällige Persönlichkeit gezeigt. So habe der Versicherte im Wartebereich innert 15 Minuten dreimal seinen Stuhl gewechselt, wobei er sich jedes Mal von seiner Frau habe unterstützen lassen. Beim Trinken aus einem Becher habe er sich von seiner Frau bedienen lassen, welche ihm auch beim Anlegen eines Mundschutzes behilflich gewesen sei. Auch beim Gang ins Untersuchungszimmer habe er sich von seiner Frau stützen lassen. Seine Antworten seien diffus gewesen, auf

präzise Fragen seien ausweichende, im Allgemeinen haftende, wenig konzise Antworten erfolgt, parallel zum beobachtbaren Verhalten während der psychiatrischen Untersuchung (AB 86.1 S. 10 f.).

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und abhängig-asthenischen Persönlichkeitsanteilen (IC-10: F61), differentialdiagnostisch eine artifizielle Störung (das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen; ICD-10: F68.1) resp. eine Pseudologia phantastica (ein pathologisches Lügen) sowie eine Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2). Der Versicherte sei aufgrund seiner histrionischen, regredienten, puerilen, passiven Persönlichkeitsstörung, seiner Ängstlichkeit und seiner sekundären (histrionischen, nicht psychotischen) paranoiden und depressiven Symptomatik beziehungsweise infolge seiner Affektlabilität in seiner Funktionalität eingeschränkt. So sei seine Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen – wobei diese einfach sein müssten – leicht eingeschränkt, bei schwierigeren Aufgaben im mittleren Ausmass. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittelgradig eingeschränkt. Der Versicherte sei wenig flexibel und seine Umstellfähigkeit sei ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Fachliche Kompetenzen könne er – soweit vorhanden – anwenden. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen sei infolge seiner Regression und Selbstunsicherheit mittelgradig eingeschränkt. Seine Durchhaltefähigkeit sei leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Seine Selbstbehauptungsfähigkeit sei in dem Sinne gespalten, als dass er einerseits über ein sehr schlechtes Selbstwertgefühl verfüge und sich auch schlecht für seine legitimen Interessen wehren könne, andererseits aber auch in der Lage sei, seine Umgebung zu manipulieren und zu steuern, um seine Interessen verfolgen zu können, konkret zum Beispiel beim Verfolgen seines Rentenwunsches. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei mittelgradig eingeschränkt und damit auch seine Gruppen- und Teamfähigkeit. Der Versicherte zeige auch – passend zur Histrionie – deutlich infantile und egozentrische Züge, die eine Kooperation deutlich erschweren. Die Fähigkeit zu familiären intimen Beziehungen sei ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Leicht eingeschränkt sei die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten. Nicht eingeschränkt sei die Fähigkeit zur Selbstpflege und die

Wegefähigkeit, wobei sich der Versicherte auch hier im Rahmen der histrionischen Problematik zum Beispiel von seiner Frau wie ein kleines Kind bedienen lasse (AB 86.1 S. 11 f.).

Es handle sich um eine sehr auffällige, in aller Deutlichkeit dominant histrionisch strukturierte Persönlichkeit. Unklar bleibe letztlich, was zu einer völligen Dekompensation mit angeblich psychotischer Symptomatik geführt haben könnte. In der Vorgeschichte sei die berufliche Anamnese des Versicherten wenig klar und wie alle übrigen Angaben recht diffus. Offensichtlich sei, dass der Versicherte nach seiner Rückkehr in die Schweiz infolge des Scheiterns seines Versuchs, auf ... Fuss zu fassen, psychisch dekompenziert sei. Das Verhalten des Versicherten sei deutlich demonstrativ und theatralisch. Wie immer im Krankheitsbild einer Histrionie bestünden dabei unbewusste Motive, aber teilweise auch bewusste, gezielte Handlungsweisen. Diese Kranken seien einerseits krank, andererseits aber hätten sie eine sthenische Seite, mit der sie auch ihre Umgebung beeinflussen und manipulieren könnten. Differentialdiagnostisch stelle sich beim Versicherten auch die Frage, ob es sich um eine Pseudologia phantastica handle. Der Versicherte erzähle Geschichten, die schwer nachvollziehbar und überprüfbar seien. Mit praktischer Sicherheit könne aber gesagt werden, dass keine eigentliche psychotische Störung vorliege (AB 86.1 S. 12 f.).

Der Hauptbelastungsfaktor sozial sei gegenwärtig das Alter von 58 Jahren. Seine berufliche Karriere habe der Versicherte beendet. Realistischerweise sehe er, dass er kaum eine Chance habe, sich beruflich wieder einzugliedern. Eine Flucht in die Krankheit sei deshalb auch naheliegend (AB 86.1 S. 13). Es sei klar, dass bei einer dominant histrionisch gestörten Persönlichkeit keine Konsistenz zwischen den objektiven Befunden und den geklagten Beschwerden bestehen könne. Die Befunde im Fachgebiet Psychiatrie seien an sich konsistent. Das appellative und demonstrative aber auch widersprüchliche Verhalten sei ein wichtiges Teilsymptom der Krankheit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung aber auch einer Pseudologie. Bei letzterer Krankheit sei in aller Regel eine erhebliche Persönlichkeitsstörung Grundlage dieser Diagnose. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte bis anhin immer zu 100% krankgeschrieben worden. Es sei einzuräumen, dass auch eine histrionische Persönlichkeitsstörung bezie-

hungsweise eine gemischte Persönlichkeitsstörung eine psychiatrische Krankheit sei, der man nicht einfach von vornherein einen Krankheitswert absprechen dürfe. Hingegen seien sie als Gutachter der Meinung, dass keine eigentliche Psychose vorliege, sondern eine eindeutige Persönlichkeitsstörung im Sinne einer schweren neurotischen Entwicklung, die sich bis in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen lasse. Andererseits bestehe auch eine klare Flucht in die Krankheit. Der Versicherte sei in einer sozial schwierigen Situation und sehe keinen anderen Ausweg als denjenigen einer Berentung, weswegen er seine Umgebung und seine Ärzte auch überzeugen müsse, schwer krank zu sein (AB 86.1 S. 14). Aus rein psychiatrischen Gründen beurteilten sie den Versicherten, offen eingeräumt im Sinne einer arbiträren Entscheidung, als zu 50% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die genannte Persönlichkeitsstörung resp. die damit verbundene allfällige Pseudologie sei auch ein Teil einer Krankheit; diese dürfe nicht als Simulation einer gesunden Persönlichkeit verstanden werden. Andererseits sei der Rentenwunsch des Versicherten bei klar schwieriger sozialer Situation aber auch eine neurotische Wunscherfüllungstaktik. Diese Beurteilung habe Gültigkeit seit der ersten psychiatrischen Konsultation im September 2018. Psychiatrisch seien eine Weiterbetreuung und vertiefte Psychotherapie indiziert. Inwieweit mögliche Fortschritte realisiert werden könnten, bleibe offen. Von Psychopharmaka sei keine wesentliche Veränderung zu erwarten, da das Grundleiden psychogener und nicht psychotischer Natur sei (AB 86.1 S. 15 f.).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 10. September 2020 (vgl. E. 3.1.4 hiervor; AB 86.1 – 86.6). Das Gutachten erfüllt sämtliche der in Erwägung 2.6 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen und erbringt damit hinsichtlich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vollen Beweis (vgl. E. 2.7 hiervor).

3.2.1 Gestützt auf das Gutachten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist (vgl. AB 86.1 S. 7 und 11, AB 86.2 S. 5 sowie AB 86.3 S. 7). Dies deckt sich mit den übrigen medizinischen Akten (vgl. AB 23 S. 4 Ziff. 2.5 f., AB 37

S. 2 Ziff. 3 und S. 5 Ziff. 12, AB 52, AB 53 S. 2 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer macht denn auch nichts anderes geltend (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 9 in fine).

3.2.2 In psychischer Hinsicht ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten erstellt, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine in aller Deutlichkeit dominant histrionisch strukturierte Persönlichkeit handelt (AB 86.1 S. 12 Ziff. 4.4), dass phänomenologisch zwar eine Angst und Depression gemischt als Diagnose festgestellt werden kann (AB 86.1 S. 10 Ziff. 4.1), aber keine eigentliche psychotische Störung vorliegt (AB 86.1 S. 9 Ziff. 4.1 und S. 13 Ziff. 4.4). Entsprechend wurden gutachterlich eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und abhängig-asthenischen Persönlichkeitsanteilen sowie eine Angst- und Depression gemischt diagnostiziert (AB 86.1 S. 11 Ziff. 4.2) und festgehalten, dass auch einer histrionischen Persönlichkeitsstörung beziehungsweise einer gemischten Persönlichkeitsstörung nicht von vornherein ein Krankheitswert abgesprochen werden dürfe (AB 86.1 S. 14 Ziff. 4.7). Die damit verbundene allfällige Pseudologie sei Teil der Krankheit und dürfe nicht als Simulation einer gesunden Persönlichkeit verstanden werden (AB 86.1 S. 15 Ziff. 4.7). Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung seien einerseits krank und es bestünden dabei unbewusste Motive, andererseits aber hätten sie auch eine sthenische Seite mit bewussten, gezielten Handlungsweisen, mit der sie ihre Umgebung beeinflussen und manipulieren könnten (AB 86.1 S. 13 Ziff. 4.4). Im vorliegenden Fall sei das Verhalten des Versicherten sehr bewusstseinsnah. Der Beschwerdeführer sehe in seiner sozialen Misere und nach dem Scheitern seiner beruflichen Laufbahn keinen anderen Ausweg, als krank zu sein und berentet zu werden (AB 86.1 S. 10 Ziff. 4.1).

3.3 Die psychiatrischen Diagnosen sind im Gutachten sachgerecht ausgewiesen und halten nach dem Dargelegten auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 stand (vgl. E. 2.3 hiervor). Zu prüfen bleibt, ob der psychischen Problematik des Beschwerdeführers in einer gesamthaften Würdigung der massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 aus juristischer Sicht eine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

3.3.1 Kategorie "funktioneller Schweregrad"

3.3.1.1 Komplex Gesundheitsschädigung

Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist festzuhalten, dass diese gemäss psychiatrischem Untersuchungsbericht vom 19. August 2020 lediglich leicht bis mässig ausgeprägt sind. Objektiv war der Versicherte voll orientiert und bei klarem Bewusstsein. Die Gedankengänge waren in sich kohärent und logisch ohne Hinweise auf eine Psychose. Die beschriebenen Verfolgungs- und Beobachtungsideen wurden als diffus und mässig ausgeprägt mit deutlich histrionischem Charakter, wohl einer erheblichen Selbstunsicherheit entspringend, beurteilt. Ich-Störungen fanden sich nicht. Im Bereich der Phobien liess sich eine leichte Klaustrophobie feststellen (AB 86.4 S. 6 Ziff. 4.3). In der Folge wurden eine histrionische resp. gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) sowie eine Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2) diagnostiziert. Die neben der histrionischen resp. gemischten Persönlichkeitsstörung gestellte Diagnose einer Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2) ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung per se im Grenzbereich dessen zu situieren, was noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes anerkannt werden kann (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juli 2008, 9C_636/ 2007, E. 3.3.2, Entscheid des BGer vom 27. April 2007, I 164/06, E. 3.1). Die Kategorie kommt nur zum Tragen, wenn weder die Angst noch die Depression ein Ausmass erreichen, das eine Einzeldiagnose rechtfertigen würde. Patienten mit einer solchen Kombination verhältnismässig milder Symptome werden in der Primärversorgung häufig gesehen. Noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische Behandlung zu gelangen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 199). Eine erhebliche Komorbidität zur gemischten Persönlichkeitsstörung kann darin nicht erblickt werden. Eine solche liegt auch von somatischer Seite nicht vor (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Der Versicherte begab sich erstmals Ende August 2018 aufgrund schwieriger sozialer Umstände in psychiatrische Behandlung (vgl. AB 23 S. 2 f.). Zudem suchte er zweimal den Notfall auf. Beide Male wurde ihm aufgrund des geklagten hohen Lei-

densdrucks bei weitgehend blanden objektiven Befunden (vgl. E. 3.1.1 sowie AB 29 S. 2 und S. 5 sowie E. 3.1.2 und AB 23 S. 4, AB 37 S. 3 und AB 53 S. 3) zur diagnostischen Abklärung und Behandlungsanpassung eine stationäre Aufnahme vorgeschlagen, was der Versicherte jedoch nicht wollte. Stattdessen hat er offenbar eine Bescheinigung für ein Amt gewünscht (vgl. E. 3.1.1 hiervor sowie AB 29 S. 1). Auch unter Berücksichtigung der ambulanten erstmaligen psychiatrischen Behandlung bei Dr. med. E. _____ ab Ende August 2018, welche ausgehend von einer unzutreffenden Diagnose zu einem offenbar nicht unwesentlichen Teil medikamentös erfolgt ist (vgl. AB 23 S. 4, AB 37 S. 3, AB 53 S. 3), was gemäss Gutachten bei Vorliegen eines psychogenen und nicht psychotischen Grundleidens von Anfang an nicht erfolgsversprechend war (vgl. AB 86.1 S. 15 f. Ziff. 4.10.1), kann nach dem Dargelegten nicht vom Scheitern einer lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten psychiatrischen Therapie gesprochen werden (siehe auch AB 86.1 S. 16 Ziff. 4.11.1).

3.3.1.2 Komplex "Persönlichkeit"

Beim Beschwerdeführer handelt es sich um eine sehr auffällige, in aller Deutlichkeit dominant histrionisch strukturierte Persönlichkeit (AB 86.1 S. 12 Ziff. 4.4). Ich-Störungen fanden sich nicht (AB 84.1 S. 6 Ziff. 4.3). Eine psychotische Störung konnte mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen werden (AB 84.1 S. 12 Ziff. 4.4). Der Beschwerdeführer war trotz der bei ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstörung 25 Jahre erfolgreich selbständig erwerbstätig, primär im Bereich ... (AB 92.7 S. 2 f., AB 102 S. 4 f. Ziff. 2). Nachdem er seinen Betrieb aufgelöst und den Verkauf des Wohnhauses, das seiner Mutter gehörte, realisiert hatte, erfolgte im August 2017 die Abreise auf Er wohnte dort bei der Familie der Ehefrau und investierte als Gegenleistung in Er und seine Ehefrau erhofften sich aufgrund der tieferen Lebenshaltungskosten und mit dem investierten Geld über die Runden zu kommen. Im März 2018 reisten beide zurück in die Schweiz, um sich abzumelden. Für Juni 2018 sei wieder ein Flug auf ... gebucht gewesen. Dazu sei es jedoch nicht mehr gekommen, da kurz zuvor bei einem ... all ihre Besitztümer auf ... zerstört worden seien. Sie hätten sich hierauf in der Schweiz beim Sozialamt anmelden müssen (AB 102

S. 5; vgl. AB 90 S. 3 und AB 93). Beim ... sind gemäss Beschwerdeführer auch alle Buchhaltungsunterlagen seiner früheren Geschäftstätigkeit zerstört worden (vgl. AB 88, AB 93, AB 102 S. 5 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer bot der Beschwerdegegnerin jedoch an, die gewünschten Unterlagen soweit möglich bei den Steuerverwaltungen der Kantone Solothurn und Bern sowie bei der AHV einzuholen und einzureichen (AB 88), was er in der Folge auch prompt und sogar noch weitergehend (neben den Unterlagen der Steuerverwaltung des Kantons Bern, der Veranlagungsbehörde Solothurn, der Schweizerischen Ausgleichskasse und der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn holte er auch die Unterlagen der Eidgenössischen Steuerverwaltung ein) tat (vgl. AB 92.2 - 92.7). Dies alles lässt trotz der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung auf weitgehend erhaltene persönliche Fähigkeiten und Ressourcen schliessen. Als Hauptbelastungsfaktor wird im Gutachten denn auch ein invaliditätsfremder Faktor, nämlich das Alter genannt und dass er seine berufliche Karriere beendet habe (AB 86.1 S. 13 Ziff. 4.5).

3.3.1.3 Komplex "Sozialer Kontext"

Es liegen zahlreiche soziale Belastungsfaktoren vor, welche hier ausklammert bleiben müssen. So die Krankheit und teure Pflege insbesondere der Mutter sowie der Tod der Eltern, die Beendigung der beruflichen Karriere, das Scheitern des Versuchs, auf ... Fuss zu fassen, die Zerstörung der Investitionen auf ..., die im Zeitpunkt der Begutachtung ungeklärte Wohnsituation wie auch die eingetretene Sozialhilfeabhängigkeit. Als soziale Ressource (protektiv) zu nennen ist seine Ehefrau, die uneingeschränkt zu ihm steht (siehe insbesondere AB 29 S. 2 und 5). Inwieweit ein sozialer Rückzug stattgefunden hat (vgl. AB 23 S. 5 Ziff. 3.4, AB 37 S. 4 Ziff. 12, AB 86.4 S. 5 Ziff. 4.3), erscheint angesichts der fremdanamnesticen Angabe, wonach er und seine Frau ständig zusammen unterwegs seien und hier und dort helfen würden (AB 29 S. 5), unklar. Der soziale Kontext spricht auf jeden Fall nicht für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden.

3.3.2 Kategorie "Konsistenz"

Es bestehen vorliegend zahlreiche Inkonsistenzen. So passt die vom Versicherten regelmässig geklagte psychotische Symptomatik mit Ängsten und

Verfolgungs- und Beobachtungswahn nicht zum Verhalten. Er wird durchwegs als freundlich, offen, zugewandt und kooperativ beschrieben und auch der affektive Rapport ist jeweils gut herstellbar (AB 29 S. 2 und 5, AB 23 S. 3 f.; vgl. hierzu AB 56 S. 6). Auch die geklagte Antriebs- und Energielosigkeit (AB 23 S. 3 und 5, AB 37 S. 4, AB 53 S. 4) sowie die anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung gezeigte Verwirrtheit und Hilfsbedürftigkeit (AB 86.5 S. 2 und 4) sind angesichts der fremdanamnestisch berichteten Aktivitäten (AB 29 S. 5) wie auch der fachärztlich erhobenen objektiven Befunde (vgl. E. 3.1.1, 3.1.2 und 3.1.4 hiervor) nicht nachvollziehbar. Insbesondere fällt auf, dass der Beschwerdeführer trotz der vom psychiatrischen Gutachter attestierten Einschränkungen (vgl. AB 86.1 S. 11 f. Ziff. 4.3) problemlos in der Lage war, die im Hinblick auf die Invaliditätsbemessung erforderlichen Unterlagen prompt bei allen denkbaren Stellen einzuholen und einzureichen (siehe AB 88 i.V.m. AB 92.2 - 92.7), was gegen erhebliche Einschränkungen der für eine erfolgreiche Erwerbstätigkeit erforderlichen psychischen Fähigkeiten spricht. Seit sich der Beschwerdeführer Ende August 2018 (vgl. AB 23 S. 2) erstmals in psychiatrische Behandlung begab (weniger als eine Woche vor der IV-Anmeldung [AB 1]), beklagte er gemäss medizinischen Akten einen hohen Leidensdruck. Trotzdem lehnte er eine stationäre Aufnahme zur diagnostischen Abklärung und Behandlungsanpassung durchwegs ab (vgl. E. 3.3.1.1 hiervor). Ein Leidensdruck ist damit behandlungsanamnestisch nicht ausgewiesen. Inkonsistenzen erwähnt auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. AB 86.4 S. 4 Ziff. 3.2 und S. 9 Ziff. 7.3, AB 86.1 S. 9 f. Ziff. 4.1, S. 13 Ziff. 4.4 und S. 14 Ziff. 4.6). Soweit er – und in der Folge auch der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 9 Rz. 28) – diese auf die histrionische Persönlichkeitsstörung zurückführt, greift dies unter rechtlichen Aspekten zu kurz. Eine solche Sichtweise hätte zur Folge, dass der Kategorie "Konsistenz" bei psychischen Beschwerdebildern mit einer histrionischen Komponente keine oder nur eingeschränkte Bedeutung zukommen würde. Solches lässt sich der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Entscheide des BGer vom 23. Januar 2017, 8C_722/2016, E. 6.2 und vom 30. August 2017, 9C_345/2017, E. 3.3) jedoch nicht entnehmen; die Kategorie "Konsistenz" ist somit auch bei Erkrankungen wie der vorliegenden als beweisrechtlich relevant zu würdigen.

3.4 In einer gesamthaften Würdigung der massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 ist nach dem Dargelegten die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin zu bestätigen, wonach ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist resp. der psychischen Problematik des Beschwerdeführers aus rechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. August 2021 (AB 112) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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 sind vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

4.3 Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlichem Anwalt wurde mit Verfügung vom 8. Oktober 2021 gutgeheissen. Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer

werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 2. November 2021 gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Gestützt auf diese Kostennote wird der tarifmässige Parteikostenersatz inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer auf Fr. 1'928.-- (Fr. 1'738.-- Honorar, Fr. 52.15 Auslagen, Fr. 137.85 Mehrwertsteuer) und die amtliche Entschädigung auf Fr. 1'757.85 (Fr. 1'580.-- Honorar, Fr. 52.15 Auslagen, Fr. 125.70 Mehrwertsteuer) festgesetzt. Die amtliche Entschädigung wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) nachzuzahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'928.-- (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'757.85 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.