

200 22 9 IV
JAP/SHE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2022

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Dezember 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1981 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2015 mit Hinweis auf psychische Probleme bzw. eine Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die Aktenbeurteilungen von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), vom 30. Juli und 2. Oktober 2015 (AB 14, 24) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Oktober 2015 (AB 25) mangels einer längerdauernden Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit von mindestens einem Jahr und länger einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Februar 2019 (AB 27) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf einen Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Gestützt auf die RAD-Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 19. Juli 2019 (AB 36) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 31. Juli 2019 (AB 37) in Aussicht, auf sein Leistungsgesuch nicht einzutreten, da er nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung verändert hätten. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 43) holte die IVB eine erneute Stellungnahme bei Dr. med. C. _____ vom 26. September 2019 (AB 46) ein und tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Mitteilung vom 30. Oktober 2019 (AB 56) teilte die IVB mit, Eingliederungsmassnahmen seien nicht indiziert, weshalb der Rentenanspruch geprüft werde. Auf Empfehlung von Dr. med. C. _____ (vgl. RAD-Stellungnahme vom 15. November 2019 [AB 62]) beauftragte die IVB die MEDAS D. _____ (nachfolgend MEDAS) mit der

polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (AB 71). Gestützt auf deren interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 7. August 2020 inkl. Teilgutachten (AB 84.1-84.7) ersetzte und annullierte die IVB am 12. August 2020 (AB 85) den Vorbescheid vom 31. Juli 2019 und erliess einen neuen Vorbescheid, in welchem sie dem Versicherten in Aussicht stellte, mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 86, 89) holte die IVB Stellungnahmen bei der MEDAS vom 19. Juli 2021 (AB 100/2) und Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, vom 1. September 2021 (AB 102) ein, ersetzte und annullierte am 20. September 2021 (AB 104) den Vorbescheid vom 12. August 2020 und erliess einen neuen Vorbescheid, in welchem sie in Aussicht stellte, mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 107, 109). Am 2. Dezember 2021 (AB 110) verfügte die IVB wie angekündigt.

C.

Mit Eingabe vom 4. Januar 2022 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 2. Dezember 2021 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer seien berufliche Massnahmen zu gewähren.
4. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine erneute psychiatrische Begutachtung, zu initiieren.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Am 1. Februar 2022 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf weitere Bemerkungen in Form einer Beschwerdeantwort, verwies auf die bisherigen Ausführungen und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. c 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 2. Dezember 2021 (AB 110). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen bzw. eine Invalidenrente.

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 In formeller Hinsicht wird vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend gemacht, indem beanstandet wird, die Beschwerdegegnerin habe „hinter dem Rücken des Beschwerdeführers“ die Gutachterstelle um eine Stellungnahme bzw. eine Ergänzung und „somit Verbesserung des Gutachtens“ ersucht (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 8).

2.2 Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt dem Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise beizubringen, mit solchen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Dem Mitwirkungsrecht entspricht die Pflicht der Behörden, die Argumente und Verfahrensanträge der Parteien entgegenzunehmen und zu prüfen, sowie die ihr rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1 S. 127; SVR 2016 BVG Nr. 6 S. 23 6.1.1). Insbesondere hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Dies gilt auch in Verfahren, die mittels durch Einsprache anfechtbare Verfügung abgeschlossen werden (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 E. 5.3.3.2).

2.3 Soweit die Verwaltung die Sachverständigen mit der im Verwaltungsverfahren seitens eines Versicherten erhobenen Kritik konfrontiert und sie – ohne ihn vorgängig nochmals anzuhören – um eine diesbezügliche Stellungnahme ersucht, ist darin grundsätzlich keine Gehörsverletzung zu erblicken. Denn dabei stellt die Verwaltung in der Regel keine eigenen Ergänzungsfragen und die Mitwirkungsrechte des Versicherten bleiben dadurch gewahrt, dass er sich nach dem Vorliegen der gutachterlichen Stellungnahme erneut zum Beweisergebnis äussern kann. Hier formulierte die Beschwerdegegnerin zwar eine eigene Ergänzungsfrage (AB 90), diese betraf jedoch einzig die Kritikpunkte im Einwand des Beschwerdeführers (AB 89/4 f.); mithin entstammte die Frage letztlich der Sphäre des Beschwerdeführers. Ob dies ein verpöntes

einseitiges Vorgehen darstellt (E. 2.2. hiervor; vgl. auch Rz. 2083 f. [in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung] bzw. Rz. 3138 f. [in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung] des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]), kann letztlich offen bleiben. Denn ohnehin wäre von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin abzusehen, da dies einem formalistischen Leerlauf gleichkäme und zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1). Denn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erhielt am 3. August 2021 (AB 98) telefonisch und am 4. August 2021 (AB 99) schriftlich Kenntnis darüber, dass die Beschwerdegegnerin der Gutachterstelle eine Erläuterungs- bzw. Ergänzungsfrage gestellt hatte. Weiter wurde dem Rechtsvertreter die Stellungnahme der MEDAS am 16. September 2021 (AB 103) zugestellt und die Beschwerdegegnerin erliess am 20. September 2021 (AB 104) einen neuen Vorbescheid. Im dagegen erhobenen Einwand bemängelte der Rechtsvertreter zwar die Gehörsverletzung (AB 107/12 ff. Ziff. 8), verzichtete jedoch darauf, Fragen zu stellen und deren Unterbreitung an die MEDAS-Gutachter einzufordern. Damit gälte ein allfälliger Mangel als geheilt, zumal der Beschwerdeführer die Gelegenheit hatte, sich nicht nur im Vorbescheidverfahren, sondern auch im Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, welches sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, zu der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS zu äussern, was er denn auch tat. Die Frage, ob das Gutachten samt der ergänzenden Stellungnahme den höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens (vgl. E. 4.2 hiernach) genügt und damit in beweisrechtlicher Hinsicht darauf abgestellt werden kann, ist eine Frage der materiellen Würdigung des Gutachtens.

3.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) 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 1. September 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

3.1 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).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 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.

3.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.4 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.5

3.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a).

3.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt

sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

4.

4.1 Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Februar 2019 (AB 27) eingetreten ist und über den Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen materiell entschieden hat, ist die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Weiter ist durch das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten vom 3. August 2020 erstellt und von den Parteien zu Recht nicht bestritten, dass sich der Gesundheitszustand nach der Verfügung vom 7. Oktober 2015 (AB 25) dahingehend massgeblich verändert hat, als anlässlich der besagten Verfügung die Leistungen wegen diagnostisch unsicherer Lage und Inkonsistenzen abgewiesen wurden, die aktuelle Situation nun aber

durchaus psychische Auffälligkeiten (auch eine Überforderungssituation in den letzten zwei letzten Jahren) ergibt (AB 84.6/24). Insofern ist von einer revisionsrechtlich relevanten Änderung auszugehen und ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung nachfolgend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (E. 3.5.4 hiervor).

4.2 Aus medizinischer Sicht ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

4.2.1 In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 7. August 2020 (AB 84.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Schizotype Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F21; Neigung zu Verdeutlichung, Aggravation, Vermeidung, fragliches Stimmenhören)
- Maximal leichte kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis mit/bei schwankender Anstrengung mit vorschnellem Aufgeben (Verdeutlichung; Differentialdiagnose: Aggravation) sowie deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit einer unglaubwürdigen Schilderung psychischer und kognitiver Beschwerden.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Status nach stressabhängigen Cervicalgien ohne Ausstrahlungen, ein Diabetes mellitus Typ II (medikamentös behandelt), eine Hypertonie (medikamentös behandelt), eine Adipositas Grad I, eine Dyslipidämie (medikamentös behandelt), erhöhte Leberwerte (vorwiegend GGT, unklare Genese [seit Jahren bekannt]) sowie eine Gastritis bei Stresssituationen (S. 7 Ziff. 4.2). Die Gutachter führten aus, aus somatischer Sicht hätten weder im allgemeinmedizinischen, neurologischen noch orthopädischen Bereich arbeitsrelevante Gesundheitsstörungen objektiviert werden können, welche die früheren Tätigkeiten oder andere adaptierte Tätigkeiten einschränken könnten. Auch die aktuelle neuropsychologische Untersuchung habe nur maximal leichte kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis mit schwankender Anstrengung mit vorschnellem Aufgeben (Verdeutlichung, Differentialdiagnose: Aggravation) bei deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit einer unglaubwürdigen Schilderung psychischer und kognitiver Beschwerden ergeben. Es dominiere die psychiatrische Beurteilung der Gesundheitsstörungen, wobei nicht von einer zuletzt gemäss Akten angenommenen Störung aus dem

schizophrenen Formenkreis, sondern von einer Schizotypen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F21; mit Neigung zu Verdeutlichung, Aggravation, Vermeidung, fragliches Stimmenhören) ausgegangen werde (S. 5 Ziff. 4.1). Beim Versicherten bestünden gegenwärtig zum Teil Störungen der Fähigkeiten und Ressourcen, die aus psychiatrischer Sicht mit einer reduzierten beruflichen Tätigkeit in der angestammten Tätigkeit vereinbar seien. In Anlehnung an den Mini-ICF-APP nach Linden seien die Fähigkeit zur Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelschwer bis schwer, die Selbstbehauptungsfähigkeit und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten mittelschwer beeinträchtigt. Leicht bis mittelschwer beeinträchtigt seien die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen, als auch zur Selbstpflege. Nicht oder nur leicht eingeschränkt sei die Durchhaltefähigkeit (jedoch motivationsabhängig). In einer angepassten Tätigkeit dagegen könne auf leidensangepasste Arbeiten ausgewichen werden. Bei guter Motivation und Hilfsbereitschaft der Arbeitgeber würden die vorhandenen Defizite berücksichtigt. Erhöhter Zeitdruck sowie Mobbing-situationen und Konflikte am Arbeitsplatz sollten vermieden werden. Der Versicherte sollte die Möglichkeit erhalten, eine ausreichend lange und wohlwollende Einarbeitung in seine neuen Aufgaben zu erhalten. Die Bezugspersonen sollten nicht oft wechseln. Aus neuropsychologischer Sicht könne aufgrund der invaliden Ergebnisse nur ein positives Funktionsprofil erstellt werden, welches aufzeige, welche Leistungen mindestens möglich sein sollten: Der Versicherte habe maximal leichte kognitive Einschränkungen. Seine Aufmerksamkeitsleistungen seien mehrheitlich uneingeschränkt. Vereinzelt sei oder reagiere er möglicherweise geringfügig verlangsamt. Er könne einem Gespräch folgen und verstehe Fragen auf Anhieb. Er verliere den Faden nicht häufiger als Gleichaltrige. In einem 1-zu-1-Setting könne er Aufgaben beginnen und diese meistens in einem angemessenen Tempo lösen sowie dabei strukturiert vorgehen. Zudem könne er vorausplanen und eigene Ideen produzieren. Er sei orientiert, pünktlich und emotional schwingungsfähig. Innerhalb der zwei Stunden und 50 Minuten dauernden neuropsychologischen Exploration sei es zu keinem Leistungsabfall gekommen und der Versicherte habe Bezug auf zuvor gemachte Aussagen

nehmen können. Aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen, auch seien die Ressourcen nicht beeinträchtigt. Die genannten Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Rahmen des bisherigen Arbeitsfeldes. Aufgrund der rein orthopädischen Diagnosen bestehe das folgende Zumutbarkeitsprofil: Das dauerhafte Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als sieben kg sei nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Kopfes und des Rumpfes und ständige Überkopfarbeiten oder Arbeiten in gebückter und gehockter Stellung. Rein gehende, rein stehende und rein sitzende Arbeiten seien nicht mehr zumutbar (S. 7 f. Ziff. 4.3). Beim Versicherten lägen vorwiegend Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen etwa am Arbeitsplatz vor mit daraus resultierenden psychosozialen Belastungen. Er habe im Rahmen der aktuellen Untersuchung eine Neigung zur Vermeidung und zur Verdeutlichung/Aggravation gezeigt, als Versuch, seine subjektiven Beschwerden, deren Intensität und Relevanz überzeugend darzustellen, um den psychosozialen Belastungen auszuweichen (S. 8 Ziff. 4.5). Aufgrund der psychischen Gesundheitsstörung sei dem Versicherten die bisherige Tätigkeit mit einer Präsenz von 4.25 Stunden ohne Leistungsminderung zumutbar, d.h. es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% (die Leistungsminderung von 20% gemäss neuropsychologischer Begutachtung sei dabei bereits hinreichend berücksichtigt). Aus allgemeinmedizinischer, neurologischer und orthopädischer Sicht würden sich darüber hinaus nur geringe qualitative aber keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 9 Ziff. 4.7). In einer leidensadaptierten Verweistätigkeit bestehe in einem Vollzeitpensum eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungsminderung (Ziff. 4.8).

4.2.2 Im Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ vom 23. September 2020 (AB 89/16) wurde eine Schizoaffektive Störung, depressiver Typ (ICD-10 F25.1; Differentialdiagnose: Paranoide Schizophrenie [ICD-10 F20.0] mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert [ICD-10 F33.4]), diagnostiziert (S. 16 Ziff. 2). Sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit bestehe bis mindestens am 28. Oktober 2020 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit

(Ziff. 3 ff.). Das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS verstosse gegen die Qualitätsrichtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Der Gutachter stelle die Diagnose einer „Schizotypen Störung“. Er lasse jedoch vermissen, aufgrund welcher Kriterien diese Diagnose gestellt werde. Insbesondere berufe er sich in seiner Diagnosestellung weder auf die ICD-10- noch auf die DSM-Klassifikation. Dies stelle einen erheblichen Mangel des Gutachtens und insbesondere der dort enthaltenen Beurteilung und Diagnose dar. Diese Feststellung disqualifiziere bereits vollumfänglich das Gutachten. Weiter sei auf folgende Mängel des Gutachtens hinzuweisen: Die Diagnose „Schizotype Störung“ erscheine unwahrscheinlich. Weder wirke der Versicherte kalt/unnahbar, noch exzentrisch oder eigentümlich. Auch habe er keine Probleme mit Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen oder Defizite in den sozialen Kompetenzen. Auch müsste die Problematik der Persönlichkeitsstörung bereits seit mindestens dem frühen Erwachsenenalter vorgelegen haben. Dies scheine wenig wahrscheinlich, wenn man betrachte, wie engagiert der Versicherte früher sportlich gewesen sei, in diversen Vereinen etc. mit grossem Freundeskreis. Weiter stehe die Feststellung im Gutachten, der Versicherte zeige eine Neigung zur Vermeidung und Verdeutlichung/Aggravation, als Versuch seine subjektiven Beschwerden, deren Intensität und Relevanz überzeugend darzustellen, um den psychosozialen Belastungen auszuweichen, im Widerspruch zur Beobachtung in der psychiatrischen Klinik F._____: Der Versicherte zeige eine deutliche Neigung zur Bagatellisierung seiner Symptomatik. Dies zeige sich besonders eindrücklich im Umstand, dass er darauf dränge, die attestierte Arbeitsunfähigkeit aufzuheben, obwohl bisherige Arbeitsversuche wiederholt aufgrund Überforderung wegen der Grunderkrankung scheiterten. Zudem sei beim Versicherten ein klarer Leidensdruck aufgrund der Grunderkrankung feststellbar. Im Gutachten werde ebenfalls erwähnt, es sei nie untersucht worden, ob der Versicherte die Medikation einnehme. Dies sei ebenfalls falsch. Im Bericht vom 28. August 2020 (recte: 2019) werde erwähnt, dass am 8. August 2019 der Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich gelegen habe. Zudem sei der Medikamentenspiegel am 23. Juli 2020 bestimmt worden und habe im therapeutischen Bereich gelegen, d.h. der Versicherte nehme seine Medikamente zuverlässig ein. Der Grund für die Diskrepanz zwischen der

gutachterlichen Beurteilung und jener der psychiatrischen Klinik F._____ liege wahrscheinlich im Umstand, dass der Beobachtungszeitraum der psychiatrischen Klinik F._____ mehrere Monate betrage, hingegen das Gutachten sich auf eine einzelne Exploration stütze. Dieser Umstand werde durch die Tatsache akzentuiert, dass der Versicherte wegen seiner deutlichen Bagatellisierungstendenz und aus Scham fremde Personen kaum an seiner psychotischen Erlebniswelt teilhaben lasse. Es sei also davon auszugehen, dass sich die Beurteilung und Diagnose im Gutachten im Gegensatz zur Beurteilung und Diagnose der psychiatrischen Klinik F._____ auf eingeschränkte Informationen abstütze (S. 16 f. Ziff. 6 ff.). Weiter nahm die psychiatrischen Klinik F._____ Stellung zur RAD-Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 26. September 2019 (AB 46; S 17 f. Ziff. 9). Zusammenfassend kam die psychiatrischen Klinik F._____ zum Schluss, aufgrund ihrer Erwägungen und der erheblichen Mängel in den bisherigen Beurteilungen sei eine umfassende Neubeurteilung durch einen unabhängigen Facharzt unerlässlich (S. 18 f. Ziff. 10).

4.2.3 Der psychiatrische Gutachter der MEDAS führte in der Stellungnahme vom 19. Juli 2021 (AB 100) aus, gemäss Klassifikation nach ICD-10 werde eine schizotype Störung oder schizotype Persönlichkeitsstörung entsprechend gemäss F21 diagnostiziert. Die schizotypische Persönlichkeitsstörung oder schizotype Störung werden im ICD-10 synonym verwendet. Dabei handle es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit einem chronischen Verlauf, jedoch unterschiedlicher Intensität. Obwohl sie gelegentlich in Schizophrenie übergehen könne, entwickle die Mehrheit der betroffenen Personen keine Psychose. Die schizotype Störung finde sich häufiger bei Familienmitgliedern von manifest schizophren erkrankten Personen. Bei der Diagnose ICD-10 F21 (schizotype Störung oder schizotypische Persönlichkeitsstörung) handle es sich um eine Störung mit exzentrischem Verhalten, Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken könnten, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten seien. Im ICD-10 sei die Schizotypische Persönlichkeitsstörung mit der Codierung F21 als schizotype Störung gelistet. Obwohl sie dort der Gruppe der Schizophrenien und wahnhaften

Störungen zugeordnet sei, heisse es im Kommentar „Die Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung“. Bei der Diagnose ergebe sich, dass schizotypische Personen die gleichen zwischenmenschlichen Probleme wie schizoide Personen hätten. Gemäss ICD-10 F21 heisse es zusätzlich in entsprechender Info: Es handle sich um eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens oder Stimmung, die schizophren wirkten, obwohl nie eindeutige uncharakteristische Symptome aufgetreten seien. Folgende Symptome könnten bestehen: „ein kalter Affekt, Anhedonie, seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoide oder bizarre Ideen, die aber nicht zu Wahnvorstellungen gehören, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, aber gelegentlich auch vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen sowie wahnähnlichen Ideen, meist ohne äussere Veranlassung. Es lässt sich meist kein klarer Beginn feststellen; die Entwicklung und Verlauf entsprechen aber gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung“. Im DSM-5 gehöre die schizotypische Persönlichkeitsstörung zusammen mit der schizoiden und der paranoiden Persönlichkeitsstörung zu den schizophrenienahen Persönlichkeitsstörungen (Cluster A). In Krisensituationen fehle das „logische Denken“ schwer und die Betroffenen hätten Probleme, unwichtige von wichtigen Informationen zu unterscheiden (lediglich die schizoide Persönlichkeitsstörung und das Asperger-Syndrom gehörten nicht dazu). Bei der Darstellung eines komplexen psychiatrischen Zustandsbildes lasse sich die Symptomatik mitunter besser eingrenzen, begründen aber auch diskutieren, wenn die beiden durchaus ähnlichen diagnostischen (und statistischen) Systeme ICD-10 und DSM-5 bemüht würden, dies insbesondere dann, wenn keine definitorischen Widersprüche beständen und die beiden Systeme sich dabei bei der Beschreibung ergänzten. Auch im DSM-5 werde die F21 als Persönlichkeitsstörung besprochen. Dabei würden folgende typischen Persönlichkeitsmerkmale und Beeinträchtigungen beschrieben: Identitätsstörungen, Probleme bei der Selbststeuerung, Schwierigkeiten in der Empathie und Nähe und es würden noch andere mögliche diagnostische Kriterien genannt: Denk- und Wahrnehmungsstörungen, ungewöhnliche Überzeugungen und innere Erlebnisse, Exzentrizität, Affektarmut (Verschlossenheit), sozialer Rückzug

und Misstrauen. Bei den Betroffenen bestehe somit im Rahmen der Persönlichkeitsstörung ein verzerrtes Selbstbild mit inkonsistenten persönlichen Zielen, begleitet von Misstrauen und eingeschränktem emotionalem Ausdruck. In der gutachterlichen Zusammenfassung der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten, einschliesslich der aktuellen psychischen und sozialen Situation, sei Folgendes ausgeführt: Beim Versicherten bestehe seit der Kindheit und Jugend ein durchdringendes Muster von Zurückhaltung bezüglich enger Beziehungen, er sei introvertiert und zeige eine Neigung zum sozialen Rückzug, an dem er auch leide. Seit dem 20. Lebensjahr komme es bei ihm zu Verzerrungen des Denkens und der Wahrnehmung. Im Verlauf seien bei ihm auch paranoide Gedanken bzw. Vorstellungen und Befürchtungen hinzugekommen, seit dem 20. Lebensjahr habe er auch ab und zu Stimmen gehört. Sein Verhalten wirke zumindest zeitweilig eigentümlich und einzigartig. Neben einer wahnhaften Eigenbeziehung lägen Wahnvorstellungen vor, ferner eine Überzeugung von paranormalen Phänomenen, ungewöhnliche, auf Wahrnehmung beruhende Erfahrungen, Verdächtigungen bzw. paranoide Gedanken, ein eigentümliches Verhalten bzw. Aussehen, eine soziale Angst, Mangel an engen Freunden ausserhalb der Familie, was aufgrund der klinischen Kriterien am ehesten von einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung ausgehen lasse. Während die Kriterien im ICD-10 einstweilen vage erschienen, ergebe sich aus dem DSM-5 durchaus ein klares Bild, welches die geschilderten problematischen Persönlichkeitsmerkmale spezifischer erscheinen lassen würden. Die so erarbeiteten und definierten Persönlichkeitsmerkmale, die eine Person charakterisierten, machten auch in diesem besonderen Fall die Spezifika des Einzelfalles aus. In diagnostischer und prognostischer Hinsicht sei in der gutachterlichen zusammengefassten Darstellung der besseren Systematik wegen auch betont worden, dass die Aussichten auf eine Remission der psychotisch anmutenden Symptomatik bei einer schizotypen Persönlichkeitsstörung deutlich günstiger seien als bei einer Schizophrenie, sodass mit einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit weder aufgrund der Diagnose noch des bisherigen Verlaufs überwiegend wahrscheinlich zu rechnen sei. Die diagnostischen bzw. differentialdiagnostischen Kriterien unter differenzierter Betrachtung beider Diagnosesysteme würden sich auch bei der Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit in angestammter/angepasster Tätigkeit niederschlagen. Somit bestehe kein Widerspruch in der Verbindung der beiden diagnostischen Systeme ICD-10 und DSM-5 bei der Definition der zugrundeliegenden psychischen Störung des Versicherten.

4.2.4 Dr. med. E._____ führte in der RAD-Stellungnahme vom 1. September 2021 (AB 102) aus, die Gutachterstelle, namentlich der psychiatrische Gutachter, nehme im Schreiben vom 19. Juli 2021 Stellung zur angefragten diagnostischen Präzisierung bzw. Kodierung nach einem anerkannten Klassifikationssystem. Dieser führe richtig aus, dass seit der ICD-10 Version-2019 der Begriff schizotype Persönlichkeitsstörung synonym zur ursprünglichen kategorialen Zuordnung schizotype Störung (F21) verwendet werden könne und verweise auf die entsprechende Quelle. Im Weiteren werde ausführlich dargelegt, dass die diagnostischen Kriterien des DSM-5 deutlich aussagekräftiger seien als jene des (in Revision befindlichen, aber noch gültigen) ICD-10. Sodann werde die Herleitung der Diagnose nachvollziehbar begründet. Zusammengefasst seien die Ausführungen der Gutachterstelle aus medizinischer Sicht nachvollziehbar und schlüssig.

4.2.5 Vom 17. September bis zum 22. Oktober 2021 befand sich der Versicherte in der psychiatrischen Klinik F._____ in stationärer Behandlung. Im betreffenden Austrittsbericht vom 2. November 2021 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) wurden aus psychiatrischer Sicht eine paranoide Schizophrenie, episodisch mit zunehmendem Residuum (ICD-10 F20.01), sowie Probleme durch traumatische Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61) diagnostiziert. Aus somatischer Sicht bestünden ein Diabetes Mellitus Typ II, eine Adipositas sowie eine Transaminasenerhöhung. Der Versicherte sei auf eigenen Wunsch zugewiesen worden, um ihn in der Umsetzung eines geregelten Tagesablaufes aufgrund eines bevorstehenden Praktikums zu unterstützen. Im gegenseitigen Einverständnis und gut stabilisiertem psychischem Zustand und bei fehlender akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung sei er am 22. Oktober 2021 in seine vorbestehende Wohnsituation ausgetreten.

4.2.6 In der Stellungnahme zur angefochtenen Verfügung zu Handen des Rechtsvertreters des Versicherten vom 15. Dezember 2021 (BB 3) führte Dr. med. et phil.-nat. G. _____ von der psychiatrischen Klinik F. _____ aus, die Beschwerdegegnerin nehme bezüglich Leistungsablehnung lediglich zu einem einzigen Argument ihres Schreibens vom 23. September 2020 Stellung, nämlich, dass sich ein Gutachten nicht auf die ICD-10 oder DSM-IV-Richtlinien stützen müsse. Im besagten Schreiben der psychiatrischen Klinik F. _____ seien aber weitere erhebliche Mängel/Fehlannahmen aufgeführt worden. Da sich die Diagnose im Gutachten erheblich auf diese Fehlannahmen stütze, sei die gutachterliche Diagnosestellung weiterhin fehlerhaft.

4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 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).

4.4 Die interdisziplinäre MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 7. August 2020 inkl. Teilgutachten (AB 84.1-84.7) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 19. Juli 2021 (AB 100) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.3 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen; namentlich und insbesondere auch insoweit, als der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit in einem Vollzeitpensum zu 100% und ohne Leistungsminderung arbeitsfähig ist (AB 84.1/9 Ziff. 4.8). Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers wie auch die übrigen ärztlichen Berichte – wie nachfolgend dargelegt – nichts zu ändern, zumal keine konkreten Indizien vorliegen, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 4.3 hiervor). Der Sachverhalt erweist sich damit als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 20 Ziff. 11) ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen zu verzichten.

4.4.1 Gestützt auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der MEDAS vom 7. August 2020 (AB 84.1) erstellt und von den Parteien zu Recht unbestritten ist, dass von somatischer Seite her weder aus allgemeinmedizinischer noch neurologischer oder orthopädischer Sicht arbeitsrelevante Gesundheitsstörungen objektiviert werden konnten,

welche die früheren Tätigkeiten oder adaptierte Arbeiten einschränken könnten (AB 84.1/5).

4.4.2 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten verstosse gemäss dem Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ vom 23. September 2020 (AB 89/16) gegen die Qualitätsrichtlinien der SGPP für psychiatrische Gutachten (Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 5) und enthalte Mängel (Beschwerde S. 17 Ziff. 10), kann ihm nicht gefolgt werden. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass das Gutachten nicht seine Beweiskraft verlöre, soweit es sich nicht an die Leitlinien anlehnte, denn massgebend ist allemal, ob es gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 3.3). Der psychiatrische Gutachter hat gestützt auf die ihm vorliegenden Akten, die von ihm während seiner Untersuchung erhobenen Befunde und durchgeführten Tests sowie die gestützt auf die während der neuropsychologischen Exploration gewonnen Erkenntnisse die Diagnose einer schizotypen Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Herleitung dieser Diagnose hat er in seinem Teilgutachten ausführlich und nachvollziehbar dargelegt. Nachdem der Beschwerdeführer mit Verweis auf den besagten Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ Einwand gegen den Vorbescheid vom 12. August 2020 (AB 85) und dabei insbesondere gegen die psychiatrische Diagnosestellung im MEDAS-Gutachten erhoben hatte (AB 85/4 ff. Ziff. 5), nahm der psychiatrische Gutachter zu den Einwänden Stellung und legte – anders als vom Beschwerdeführer behauptet (Beschwerde S. 14 f. Ziff. 9) – überzeugend dar, weshalb er die besagte Diagnose stellte. Auch RAD-Arzt und Psychiater Dr. med. E._____ bestätigte in der Folge die vom psychiatrischen Gutachter vorgenommene Diagnosestellung (vgl. Stellungnahme vom 1. September 2021 [AB 102]). Damit vermag der Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ vom 23. September 2020 (AB 89/16) weder Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des psychiatrischen Gutachters zu erwecken, geschweige denn – wie der Beschwerdeführer vorbringt (Beschwerde S. 5 Ziff. 5) – Umstände aufzuzeigen, die zur Beweisuntauglichkeit des Gutachtens führten. Nur der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass das im Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ angegebene sportliche Engagement (AB 89/17)

offensichtlich nur im Jugendalter bestand (AB 11/4). Auch ist entgegen den Ausführungen im erwähnten Bericht (AB 89/17) nicht erstellt, dass der Beschwerdeführer je über einen grossen Freundeskreis verfügte, gab er während der psychiatrischen Exploration doch selbst an, bereits als Kind und Jugendlicher sei er eher ein Einzelgänger gewesen (AB 84.6/11). Für die Annahme, dass der Beschwerdeführer eine deutliche Neigung zur Bagatellisierung seiner Symptomatik zeigt und darauf drängt, die von der psychiatrischen Klinik F._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit aufzuheben (AB 89/17), finden sich in den Akten, insbesondere den Berichten der psychiatrischen Klinik F._____, keine Hinweise. Vielmehr gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration selber an, wegen seiner Kraftlosigkeit nicht arbeiten zu können (AB 84.6/8). Die neuropsychologische Gutachterin hat diesbezüglich denn auch überzeugend dargelegt, dass beim Beschwerdeführer eine schwankende Anstrengung mit vorschnellem Aufgeben (Verdeutlichung; Differentialdiagnose: Aggravation) sowie eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit einer unglaubwürdigen Schilderung der psychischen und kognitiven Beschwerden besteht (AB 84.7/10). Der psychiatrische Gutachter urteilte ähnlich, indem er darlegte, dass psychiatrisch die Darstellung der als sehr ausgeprägt beschriebenen produktiven Symptomatik überzogen und klinisch-psychiatrisch nicht „voll“ nachvollziehbar wirkt. Er schloss vielmehr auf das Vorliegen aggraviorischer Tendenzen sowie einer akzentuierten und dramatisierten Darstellung vorhandener Beschwerden, offensichtlich mit dem Ziel, die Gutachter von dem Vorliegen und dem subjektiv empfundenen Ausmass der Störungen, deren Intensität und Relevanz zu überzeugen (AB 84.6/20). Dass trotzdem eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde (Beschwerde S. 19 Ziff. 10), ändert daran nichts. Des Weiteren hat der Umstand, dass am 8. August 2019 (AB 43/4) und offenbar am 23. Juli 2020 (AB 89/17; ein Bericht hierzu fehlt in den Akten) der Medikamentenspiegel überprüft wurde (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 5), nicht zur Folge, dass der Beweiswert des MEDAS-Gutachtens geschmälert würde, werden doch in den übrigen Berichten der psychiatrischen Klinik F._____ vom 15. September 2015 (AB 22/6), 5. März 2019 (AB 34/2), 3. April 2019 (AB 60/17), 28. Oktober 2019 (AB 60/3), 5. November 2019 (AB 60/11) und 2. November 2021 (BB 4) keine

Angaben geliefert, dass der Medikamentenspiegel überprüft worden wäre. Zumindest kann entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers nicht von einer regelmässigen Überprüfung des Medikamentenspiegels ausgegangen werden. Zudem wurde nie ein Drogenscreening durchgeführt.

Wie der Beschwerdeführer richtig vorbringt, ergab die Auswertung des Mini-ICF-APPs Einschränkungen in nahezu allen Fähigkeiten, nicht jedoch wie er vorbringt mindestens mittelgradige (Beschwerde S. 7 Ziff. 5), sondern grösstenteils leicht- bis mittelgradige. Dass der Gutachter auf diese Einschränkungen nicht eingeht, entspricht nicht der Aktenlage. Er führte vielmehr nachvollziehbar aus, dass diese Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit mit einer reduzierten beruflichen Leistungsfähigkeit einhergehen, jedoch in einer leidensangepassten Arbeit bei guter Motivation und Hilfsbereitschaft der Arbeitgeber keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. Er beschreibt dabei die Anforderungen an eine solche Tätigkeit umfassend, nämlich kein erhöhter Zeitdruck, Vermeidung von Mobbing-situationen und Konflikten am Arbeitsplatz, ausreichend lange und wohlwollende Einarbeitung, kein häufiges Wechseln der Bezugspersonen (AB 84.6/22 f. Ziff. 7.4 und 8). Dass es sich dabei um einen geschützten Arbeitsplatz handeln müsste (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 5 und S. 19 Ziff. 10), ist nicht korrekt. Die bestehenden Einschränkungen erfordern weder einen Nischenarbeitsplatz geschweige denn einen geschützten Arbeitsplatz. Vielmehr besteht auf dem ersten Arbeitsmarkt eine genügende Anzahl Stellen, welche der Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen ausführen kann.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der psychiatrische Gutachter habe sich unzureichend mit den Ergebnissen des „Arbeitsversuches“ beim „Unternehmen H. _____“ auseinandergesetzt (Beschwerde S. 8 Ziff. 5, S. 18 Ziff. 10), dringt er ebenfalls nicht durch. Vorerst ist darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um einen Arbeitsversuch gemäss Art. 18a IVG gehandelt hat, sondern um von der Arbeitslosenversicherung initiierte Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärungen zur Ermittlung der Arbeitsfähigkeit. Aus deren Berichten (AB 84.8/8-21) gehen denn auch

keine offensichtlichen und erheblichen Diskrepanzen gegenüber den gutachterlichen Einschätzungen hervor, welche einer klärenden medizinischen Stellungnahme bedürften (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 14. November 2018, 8C_563/2018, E. 6.1.1, und vom 15. Februar 2019, 9C_534/2018, E. 2.2). So konnte der Beschwerdeführer im Jahr 2015 noch ein 100%-Pensum bewältigen, wobei er sehr konstante und sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht sehr gute Arbeitsleistungen erbrachte (AB 84.8/12 f.). Im Jahr 2019 erreichte er zwar das vorgesehene 50%-Pensum nicht, das Arbeitsverhalten war aber nicht mehr einwandfrei (gelegentlich unpünktlich, tiefe Präsenz trotz Teilzeitarbeit, Feilschen um Arbeitszeiten, Diskussion bezüglich Ordnung am Arbeitsplatz und Betriebsregeln sowie Arbeitspensum, musste durch Zureden zum Weiterarbeiten ermuntert werden [AB 84.8/8 ff.]).

Weiter sind die Einwände des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 6 f.) gegen die RAD-Stellungnahme von Dr. med. C. _____ vom 26. September 2019 (AB 46) nicht relevant, stützt sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin doch nicht auf diese Stellungnahme.

Schliesslich vermag auch die Stellungnahme des behandelnden Dr. med. et phil.-nat. G. _____ vom 15. Dezember 2021 (BB 3) zu Handen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (S. 15 Ziff. 9) – nichts an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen zu ändern, zumal in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Weiter lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizini-

schen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten – wie vorliegend jenes der MEDAS – stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C_458/2021, E. 3.4). Zudem verfügt Dr. med. et phil.-nat. G._____ gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharzttitel, insbesondere über keinen für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. <https://www.medreg.admin.ch>). Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können, ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung jedoch ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (vgl. Entscheid des BGer vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3). Damit vermag Dr. med. et phil.-nat. G._____ nicht, die vom psychiatrischen Gutachter als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund eigener Untersuchungen erhobenen Beurteilungen in Zweifel zu ziehen. Zudem sagen die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit per se noch nichts aus über das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dieses ist vom Arzt im Einzelfall festzusetzen. Nur der Vollständigkeit halber ist auf die von Dr. med. G._____ gestellte Diagnose einer Paranoiden Schizophrenie, episodisch mit zunehmendem Residuum (ICD-10 F20.01), einzugehen, da diese ebenfalls in den anderen Berichten und Stellungnahmen der psychiatrischen Klinik F._____ so oder ähnlich diagnostiziert wird (vgl. AB 60/5, 60/11, 60/14, 60/17, 89/16 sowie BB 4). Wie der psychiatrische Gutachter richtig darlegte, besteht bzw. hat zu keinem Zeitpunkt eine Schizophrenie bzw. eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis bestanden. Er erklärte, die Schizophrenie sei eine der schwersten psychischen Erkrankungen, die oft schon früh zu erheblich eingeschränkter Lebensqualität und zu einer Behinderung der beruflichen und schulischen Leistungen führe sowie oft überdauernde Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der sozialen und beruflichen Lebensbewältigung bewirke, dies insbesondere beim chronischen Verlauf, der unter Berücksichtigung der Anamnese beim Beschwerdeführer vorliegen müsste. Dagegen sei dieser trotz offensichtlich vorhandener Symptome bis vor kurzem meist in der Lage gewesen zu arbeiten und sei auch belastbar genug gewesen, um beispielsweise nebenberuflich in den Jahren 2005-2008 eine Ausbildung zum

... zu absolvieren. Auch in den Folgejahren habe er weiter gearbeitet, wenn auch mit Unterbrüchen. In der Zeit von Mai 2017 bis September 2018 sei er als ...- und ... tätig gewesen, was bei einer floriden Schizophrenie im Rahmen eines Rückfalls oder einer chronischen (paranoid-halluzinatorischen) schizophrenen Erkrankung kaum denkbar gewesen wäre. Der Verlauf einer chronischen schizophrenen Erkrankung des vom Beschwerdeführer geschilderten Ausmasses wäre bei einer frühzeitigen Erkrankung und konsequenter Behandlung sowie Rückfallprophylaxe zwar günstig beeinflussbar gewesen, jedoch habe der Beschwerdeführer erst im Jahre 2014 eine Behandlung in Anspruch genommen. Es sei kaum vorstellbar, dass er ohne eine wirksame Therapie über viele Jahre hinweg trotzdem in der Lage gewesen wäre, regelmässig einer Arbeit nachzugehen (AB 84.6/20). Diese fachärztlichen Erläuterungen sind nachvollziehbar und überzeugen.

Schliesslich ist – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 21 Ziff. 11) – mit der erneuten stationären Behandlung vom 17. September bis zum 22. Oktober 2021 (vgl. Bericht der psychiatrischen Klinik F._____ vom 2. November 2021 [BB 4]) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und vermag der Bericht die gutachterlichen Feststellungen nicht zu entkräften, erfolgte der stationäre Spitalaufenthalt doch auf eigenen Wunsch des Beschwerdeführers, um ihn in der Umsetzung eines geregelten Tagesablaufes zu unterstützen.

4.4.3 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass aus somatischer Sicht keine gesundheitlichen Einschränkungen bestehen, die den Beschwerdeführer in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten oder einer adaptierten Tätigkeit einschränken. Aus psychiatrischer Sicht ist auf das vollumfänglich überzeugende psychiatrische MEDAS-Teilgutachten (AB 84.6) inkl. ergänzende Stellungnahme vom 19. Juli 2021 (AB 100) abzustellen. Danach ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 50% ohne zusätzliche Leistungsminderung arbeitsfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit besteht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% (AB 84.6/23 Ziff. 8). Daher bedarf es praxismässig keiner Indikatorenprüfung und damit keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417) und die

Frage, ob bereits aufgrund des vorliegenden Störungsbildes eine Indikatorenprüfung ohnehin obsolet wäre (Beschwerde S. 17 Ziff. 10), kann offen bleiben. Ebenfalls offen bleiben kann mit Blick auf das Resultat (vgl. E. 6 hiernach), ob gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung und entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 19 Ziff. 10) bereits aufgrund von Ausschlussgründen nach BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 (Aggravation) von vornherein ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden auszuschliessen wäre.

5.

5.1 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).

5.2 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten per-

sönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.3 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). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296; SVR 2021 IV Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). 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 pflichtgemäsem 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 Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppel-

ten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.4 Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Neuanschreibung vom Februar 2019 (AB 27) der 1. August 2019 (Art. 29 Abs. 3 IVG), weshalb auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen ist. Ob das Wartefahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) zu diesem Zeitpunkt bereits erfüllt war, ist gutachterlich nicht beurteilbar (AB 84.6/23 Ziff. 8), braucht mit Blick auf die Ausführungen hiernach und das Ergebnis aber nicht abschliessend geklärt zu werden.

5.5 Ob der Beschwerdeführer im Jahr 2019 im hypothetischen Gesundheitsfall als ..., im ...- und ... oder in einem anderen Berufsfeld gearbeitet hätte, ist mit Blick auf die bisherige unstete Berufsbiographie mit vielen verschiedenen nicht langen Arbeitsverhältnissen bei diversen Arbeitgebern gefolgt von wiederkehrenden Perioden von Arbeitslosigkeit (AB 7, 11, 27/6, 50, 84.3/5, 84.4/7 f., 84.6/8, 84.8/8 f.) ungewiss und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Damit ist das Valideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellen des BFS zu bestimmen (vgl. E. 5.2 hiervor). Ob dabei auf das Kompetenzniveau 1 oder 2 abgestellt wird, ist unerheblich. Denn das Invalideneinkommen ist, da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ebenfalls aufgrund der LSE-Tabellen des BFS zu bestimmen (vgl. E. 5.3 hiervor). Dabei ist zu vermerken, dass das Zumutbarkeitsprofil einer Tätigkeit gemäss Kompetenzniveau 2 nicht entgegensteht, zumal insbesondere Datenverarbeitung und Arbeiten in der Administration weiterhin möglich sind. Da somit sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Weiter wurden sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits mit dem gutachterlichen

Zumutbarkeitsprofil genügend berücksichtigt und dürfen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht mit einem Tabellenlohnabzug doppelt berücksichtigt werden (vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 8. Juni 2018, 9C_280/2018, E. 6.4.2).

5.6 Aufgrund des Dargelegten besteht bei einer Arbeitsfähigkeit von 100% ein Invaliditätsgrad von 0% und damit weder für eine Rente noch für eine berufliche Eingliederung eine leistungsspezifische Invalidität.

5.7 Zusammenfassend ist die Verfügung vom 2. Dezember 2021 (AB 110) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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 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.

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - 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.