

200 23 476 IV
JAP/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. August 2023

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Mai 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene, gelernte ..., zuletzt als ... bei der ... tätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2018 unter Hinweis auf Magendarmprobleme (Reflux, Magendarmkrämpfe) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 4, 6 S. 2). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen, gewährte Eingliederungsmassnahmen (Belastbarkeitstraining [AB 23], Aufbautraining [AB 36], Job-Coaching [AB 45, 51; vgl. AB 56, 73]) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C._____ (MEDAS-Gutachten vom 20. April 2022 [AB 108.1]). Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2022 (AB 109) stellte sie dem Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung abzuweisen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 114, 116) holte die IVB eine Stellungnahme bei der MEDAS C._____ ein (Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 [AB 119]) und verfügte am 23. Mai 2023 dem Vorbescheid entsprechend (AB 124).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 20. Juni 2023 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Mai 2023 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden gesetzlichen Versicherungsleistungen nach IVG, namentlich eine ganze Rente zuzusprechen.

Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Mai 2023 sei aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2023 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 auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Mai 2023 (AB 124). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherungen und dabei insbesondere der Rentenanspruch.

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 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2023 (AB 124), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Anmeldung vom Januar 2018 (AB 4) sowie die sechsmonatige Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG vor dem 1. Januar 2022 und bestehen danach keine Revisionsgründe, weshalb hinsichtlich eines Rentenanspruchs die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (Rz. 9101 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228). Welches Recht in Bezug auf andere Leistungsansprüche anwendbar ist, kann mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 4.6 hiernach) offen gelassen werden.

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.2 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 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

2.3.3 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 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.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 20. April 2022 (AB 108.1) stellten die Dres. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, F._____, Facharzt für Neurologie, sowie die Dipl.-Psych. G._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (AB 108.1 S. 5 ff. Ziff. 4) folgende Diagnosen (S. 9 Ziff. 4.2):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Somatisierungsstörung mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur;
- Mehlstauballergie, sofern es sich um eine Tätigkeit mit entsprechender Exposition handelt.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Kopfschmerzen vom Spannungstyp;
 - unsystematischer Schwindel, klinisch ohne Hinweise für eine vestibuläre Störung;
- Status nach gastroösophagealer Refluxerkrankung;
 - Status nach laparoskopischer posteriorer Cruroraphie, Endo-Stim-Einlage, Pylorotomie;
 - Status nach Inaktivierung EndoStim 2017;
 - März 2018 diagnostische Laparoskopie mit Adhäsiolyse und EndoStim-Explantation;
- symptomatisches Hämorrhoidalleiden Grad II;
- anamnestisch Verdacht auf Colon irritabile Juli 2013, aktuell in Remission.

Die Gutachter attestierten aus interdisziplinärer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 11 Ziff. 4.7 f.).

Im internistischen Teilgutachten (AB 108.3) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 5 Ziff. 8.1 f.).

Neurologischerseits wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 108.4 S. 5 Ziff. 6 und S. 6 Ziff. 8).

Im gastroenterologischen Teilgutachten (AB 108.5) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 3 Ziff. 6). Mit Blick

auf die Mehlstauballergie bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 8).

Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 108.6) wurden eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert (S. 10 Ziff. 6). Bei der Persönlichkeitsabklärung hätten sich Hinweise auf eine rigide/zwanghafte Persönlichkeit ergeben, wobei das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sei. Es werde daher von einer Persönlichkeitsakzentuierung ausgegangen. Diagnostisch sei von einer Somatisierungsstörung auszugehen. Hierfür müssten gemäss ICD-10 folgende Kriterien erfüllt werden: Es müssten multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen, vorhanden sein. In der Regel würden zahlreiche Untersuchungen in medizinischen Einrichtungen absolviert sowie viele negative Untersuchungen oder auch ergebnislos explorative Operationen durchgeführt. Die Symptome könnten sich auf jeden Körperteil, jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung sei chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung der sozialen, interpersonellen Schwierigkeiten einhergehend. Differenzialdiagnostisch müsse die undifferenzierte Somatisierungsstörung in Erwägung gezogen werden. Diese werde diagnostiziert, wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich und unterschiedlich hartnäckig seien, aber das vollständige und typische Bild einer Somatisierungsstörung klinisch nicht erfüllt sei. Der Beschwerdeführer klage über Kraftlosigkeit, Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung und darüber, dass er nicht leistungsfähig sei. Er mache eine starke Erschöpfung geltend. Diagnostisch wäre auch eine Neurasthenie in Erwägung zu ziehen. Das Charakteristikum sei das Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Aus dem Längsschnittverlauf und den geschilderten Beschwerden sei die Diagnose der Neurasthenie nicht zu stellen. Beim Beschwerdeführer seien im Längsverlauf die Kriterien der Somatisierungsstörung erfüllt (S. 13 f. Ziff. 7.2). Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, attestierte der Gut-

achter sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 70 % (S. 16 Ziff. 8.1 f.). In Bezug auf medizinische Massnahmen führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer könne von einer ambulanten, störungsspezifischen, gegebenenfalls stationären (AB 108.1 S. 12 Ziff. 4.10) Psychotherapie profitieren. Durch eine Pharmakotherapie könne er ebenfalls profitieren, insbesondere könnten die Schlafstörungen beeinflusst werden (AB 108.6 S. 16 Ziff. 8.3).

Im neuropsychologischen Teilgutachten (AB 108.7) wurde festgehalten, es hätten keine Beeinträchtigungen objektiviert werden können, die sich gleichermassen auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf auswirkten. Auch die Belastbarkeit habe sich im Untersuchungsverlauf als unauffällig erwiesen. Die beobachteten Zeichen von Ermüdung durch kleine Augen liessen sich durchaus auf den langen Tag des Beschwerdeführers zurückführen, welcher am Untersuchungstag um fünf Uhr begonnen habe. Erschöpfung habe nach drei Stunden und zwanzig Minuten dauerndem, konzentriertem Arbeiten nicht erkannt werden können (S. 11 Ziff. 7.3). Bis auf die zu relativierenden Minderleistungen in den nonverbal-mnestischen Funktionen hätten sich keine Einschränkungen objektivieren lassen (Ziff. 7.4). Aus dem kognitiven Normalbefund lasse sich weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten (Ziff. 8).

3.1.2 Im Bericht des Spitals H._____ vom 16. August 2022 (AB 116 S. 3) wurde ausgeführt, aufgrund der erfüllten klinischen Kriterien und der typischen Risikofaktoren könne die Symptomatik des Beschwerdeführers im Rahmen einer myalgischen Encephalomyelitis bzw. eines Chronic Fatigue Syndroms (ICD-10 G93.3; ME/CFS) zusammengefasst werden. Diese Diagnose passe auch zur bisher verwendeten Diagnose einer somatischen Belastungsstörung. Diese Diagnose sei rein beschreibend und benenne vor allem die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen im Rahmen des Beschwerdebilds, unabhängig von der Ursache. Den Hintergrund von funktionellen Störungen, zu denen auch ME/CFS gehöre, bilde eine Sensibilisierung des zentralen und peripheren Nervensystems mit konsekutiven Dysregulationen und Reizamplifikationen, welche die vielfältige Symptomatik an den verschiedenen Organsystemen (inkl. der Psyche) erklärten.

Chronische Stresseinwirkungen führten über eine Stimulation des Immunsystems zu neurophysiologischen Veränderungen und entsprechenden Dysfunktionen. Entsprechend handle es sich bei ME/CFS um eine neuroimmunologische Erkrankung, welche auch Auswirkungen auf das psychische Befinden haben könne, keinesfalls jedoch um eine psychische oder psychiatrische Erkrankung. Auslöser der Symptomatik seien Stressbelastungen mit entsprechender überschüssiger Aktivierung des Immunsystems, wie das beim Beschwerdeführer im Rahmen der Magenoperation mit Implantat der Fall gewesen sei.

3.1.3 In der Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (AB 119) führten die MEDAS-Gutachter aus, im Bericht des Spitals H. _____ vom 16. August 2022 (AB 116 S. 3; vgl. E. 3.1.2 hiervor) gehe es allgemein um die Diagnose der ME/CFS (ICD-10 G93.3). Je nachdem wie die Erkrankung des Beschwerdeführers bzw. je nachdem von welcher Disziplin aus die Krankheit betrachtet werde, werde entweder die Diagnose ME/CFS (ICD-10 G93.3) oder Neurasthenie (ICD-10 F48.0) gestellt. Im Rahmen der Begutachtung seien die Gutachter zum Schluss gekommen, dass die Kriterien für eine Neurasthenie nicht erfüllt seien, hingegen für die Somatisierungsstörung in Verbindung mit Persönlichkeitsfaktoren. Es werde an den Ausführungen im Gutachten vom 20. April 2022 (AB 108.1; vgl. E. 3.1.1 hiervor) festgehalten.

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

tion 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).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2023 (AB 124) auf das MEDAS-Gutachten vom 20. April 2022 (AB 108.1) samt Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (AB 119). Dieses erfüllt – jedenfalls was die erhobenen Befunde und Diagnosen betrifft (vgl. E. 3.3.3 hiernach) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 3.2 hier vor). 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.

3.3.2 In somatischer Hinsicht ist gestützt auf das Gutachten erstellt, dass bis auf die Mehlstauballergie, sofern es sich dabei um eine Tätigkeit mit entsprechender Exposition handelt, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen (AB 108.1 S. 9 Ziff. 4.2).

3.3.3 Psychiatrischerseits ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung eine Somatisierungsstörung mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur ausgewiesen. Der psychiatrische Gutachter setzte sich im Rahmen der diagnostischen Herleitung einlässlich mit den Akten und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander und zeigte dabei nachvollziehbar auf, dass im Rahmen der Persönlichkeitsabklärungen Hinweise auf eine rigide/zwanghafte Persönlichkeit vorlagen, jedoch nicht in einem solchen Ausmass, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden konnte. Ferner legte er unter Bezugnahme auf die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 einleuchtend dar, dass beim Beschwerdeführer eine Somatisierungsstörung, differenzialdiagnostisch eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, besteht (vgl. AB 108.6 S. 13 ff. Ziff. 7.2). Was die – im Bericht des Spitals H. _____ (AB 116 S. 3) gestellte – Diagnose einer ME/CFS betrifft, setzte sich der psychiatrische Sachverständige bereits im Rahmen der Gutachtenserstellung und damit unabhängig von diesem Bericht mit der Diagnose einer CFS auseinander. Dabei legte er einleuchtend dar, dass eine solche nicht bestätigt werden kann. Dies überzeugt, konnten doch während der Exploration keine Hinweise auf eine Erschöpfung festgestellt werden bzw. ermüdete der Beschwerdeführer während des Gesprächs nicht (AB 108.6 S.12 Ziff. 7.1). Auch etwa anlässlich der neuropsychologischen Abklärung konnten grundsätzlich keine Ermüdungszeichen oder ein Leistungsabfall festgestellt werden; die beobachteten Zeichen von Ermüdung durch kleine Augen wurden nachvollziehbar auf das frühe Aufstehen (um fünf Uhr morgens) am Untersuchungstag zurückgeführt. Ebenso traten im Rahmen der Untersuchungen in den übrigen Fachdisziplinen keine Erschöpfungssymptome auf (AB 108.1 S.10 Ziff. 4.6). Soweit demgegenüber im Bericht des Spitals H. _____ vom 16. August 2022 (AB 116 S. 3) die Diagnose einer ME bzw. einem CFS postuliert wurden, haben der neurologische und der psychiatrische Sachverständige am 6. Dezember 2022 überzeugend Stellung genommen und aufgezeigt, dass je nach medizinischer Fachdisziplin die Diagnose einer ME/CFS (ICD-10 G93.3) oder einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) gestellt wird und im Rahmen der Begutachtung die Kriterien für eine Neurasthenie als nicht erfüllt erachtet wurden, hingegen jene für eine Somatisierungsstörung in Verbindung mit Persönlichkeitsfaktoren (AB 119). Im Übrigen wiesen die Parteien zutreffend darauf hin (Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 8 Lemma 4; Beschwer-

deantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 4), dass diese diagnostische Kontroverse nicht entscheidungswesentlich ist, kommt es doch invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern auf die funktionellen Auswirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung an (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ferner unterliegt die unter das chronische Müdigkeitssyndrom im Sinne von ICD-10 G93.3 zu subsumierende Erkrankung der ME bzw. das CFS, auch wenn es sich „keinesfalls (...) um eine psychische oder psychiatrische Erkrankung“ handeln sollte (AB 116 S. 3), allemal dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 4 N. 80). Sowohl im Bericht des Spitals H._____ (AB 116 S. 3) als auch durch den Beschwerdeführer selbst (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 8 Lemma 1) wurde denn auch ausgeführt, dass diese Diagnose rein deskriptiv sei. Mithin handelt es sich um ein rein klinisch definiertes Krankheitsbild ohne pathologisch klar fassbare Basis, welches sich einem Nachweis mit objektvierbaren Methoden etwa in Form von laborchemischen oder bildgebenden Untersuchungen entzieht. Vor diesem Hintergrund wurden im Bericht des H._____ (AB 116 S. 3) – entgegen der beschwerdeweise vertretenen Ansicht (Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 8 Lemma 3) – keine wichtigen Aspekte aufgeführt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Da die Sachverständigen die Beschwerdesymptomatik berücksichtigten, hat die diagnostische Zuordnung im Übrigen auch keinen Einfluss auf das strukturierte Beweisverfahren (Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 8 Lemma 4).

3.3.4 Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 2; vgl. hierzu 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).

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 20. April 2022 (AB 108.1) samt Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (AB 119) ist mithin eine Mehlstauballergie und eine Somatisierungsstörung ausgewiesen.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt damit, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % (AB 108.6 S. 16 Ziff. 8.1) auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; vgl. E. 2.3.1 ff. hiervor).

4.2 Was die Prüfung der ersten Ebene betrifft (vgl. E. 2.3.1 f. hiervor), sind die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der diagnostizierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) eingehalten (vgl. AB 108.6 S. 13 f. Ziff. 7.2; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikationen psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 225-227; E. 2.3.2 hiervor). In den gutachterlich festgestellten Inkonsistenzen ist noch kein Ausschlussgrund i.S.v. BGE 131 V 49 zu erblicken (vgl. E. 2.3.2 hiervor), sind diese doch gerade Ausdruck der diagnostizierten Somatisierungsstörung und wurden keine Hinweise auf eine Aggravation festgestellt. Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

4.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.3.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung hielt der psychiatrische Sachverständige – nebst unauffälligen Befunden – insbesondere Zukunftsängste, finanzielle Ängste und eine Hilflosigkeit gegenüber der Symptomatik, Gedankenkreisen am Abend, Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafprobleme und gelegentlichen Schwindel mit panikartigen Ängsten fest. Im Rahmen der Per-

sönlichkeitsabklärung konstatierte er einen erhöhten Wert in Bezug auf Zwanghaftigkeit (AB 108.6 S. 9 Ziff. 4.3). Es ergeben sich daher keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenzen als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Betreffend bisherige Behandlungen führte der Experte aus, es habe noch keine adäquate Therapie stattgefunden. Der Beschwerdeführer akzeptiere die Befunde nicht, er lehne entsprechende Therapieempfehlungen ab. Es bestehe eine dysfunktionale Überzeugung ausschliesslich körperlich erkrankt zu sein, psychische Krankheitsfaktoren würden abgelehnt (AB 108.6 S. 13 Ziff. 7.1). Allerdings könne der Beschwerdeführer durch eine ambulante, gegebenenfalls auch stationäre (AB 108.1 S. 12 Ziff. 4.10), störungsspezifische Psychotherapie profitieren. Ebenso könne eine Pharmakotherapie die Schlafstörungen beeinflussen (AB 108.6 S. 16 Ziff. 8.3). Mithin sind die Therapiemöglichkeiten offensichtlich nicht ausgeschöpft und es liegt keine Behandlungsresistenz vor. Folglich kann auch nicht von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, wurden keine solchen konstatiert. Die als Z-Diagnose klassifizierte akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) fallen zwar nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Entscheidung des BGer vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2). Störungen fallen jedoch unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Gutachterlich wurde vorliegend eine Einschränkung des Beschwerdeführers in der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit festgestellt, welche vor allem in der zwanghaften Persönlichkeitsstruktur begründet ist (AB 108.6 S. 15 Ziff. 7.4). Der in diesem Zusammenhang diagnostizierten Persönlichkeitsakzentuierung kann folglich

nicht jegliche ressourcenhemmende Wirkung abgesprochen werden (vgl. auch Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C_899/2017, E. 4.2.3). Insgesamt ist jedoch nicht von erheblichen ressourcenhemmenden Komorbiditäten auszugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.).

4.3.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) zeigte der Gutachter auf, dass sich bei der Persönlichkeitsabklärung Hinweise auf eine rigide/zwanghafte Persönlichkeit ergeben hätten, wobei das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sei. Vielmehr sei von einer zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen (AB 108.6 S. 13 Ziff. 7.2).

4.3.3 In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwar sozial eher zurückgezogen lebt, jedoch kein ausgeprägter sozialer Rückzug vorliegt. So gab der Beschwerdeführer an, ausser zu seinen Eltern noch zu zwei Kollegen Kontakt zu haben (AB 108.6 S. 4 Ziff. 3.2). Mithin verfügt er über, wenn auch geringe, persönliche, familiäre und soziale Ressourcen.

4.4 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.4.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) verfügt der Beschwerdeführer – wie unter E. 4.3.3 hiavor dargelegt – über gewisse Ressourcen. Darüber hinaus arbeite er gemäss eigenen Angaben gerne mit Holz und betätige sich auch regelmässig in seiner Werkstatt, wo er verschiedene Dinge bastle. Er habe für sich eine Garderobe gebastelt und mache auch Holzbrennereien mit einem Laser. Zwar gelinge es ihm nicht immer gleich gut, Energie dafür aufzubringen, allerdings sei es eine Tätigkeit, in der er sich verlieren könne (AB 108.7 S. 4 Ziff. 3.2). Zudem besitze er den Führerschein und fahre Auto, wenn es ihm gut gehe, zum Einkaufen oder um jemanden zu besuchen (AB 108.6 S. 5 Ziff. 3.2). Dies steht grundsätzlich nicht im Widerspruch zur gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 %, ist doch gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung etwa auch bei einer 50%igen

Arbeitsunfähigkeit ein bestimmtes Mass an (Freizeit-) Aktivität zulässig (Entscheid des BGer vom 11. Mai 2020, 9C_765/2019, E. 4.4.3).

4.4.2 Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) anbelangt, hielt der psychiatrische Sachverständige fest, dass aus psychiatrischer Sicht noch keine adäquate Therapie stattgefunden habe (AB 108.6 S. 13 Ziff. 7.2), der Beschwerdeführer aber durch eine ambulante, störungsspezifische, gegebenenfalls auch stationäre (vgl. hierzu AB 108.1 S. 12 Ziff. 4.10), profitieren könne. Zudem könnten durch eine Pharmakotherapie insbesondere die Schlafstörungen beeinflusst werden (AB 108.6 S. 16 Ziff. 8.3). Der Beschwerdeführer akzeptiere die Befunde nicht und lehne die entsprechenden Therapieempfehlungen ab. Es bestehe die dysfunktionale Überzeugung ausschliesslich körperlich erkrankt zu sein, psychische Krankheitsfaktoren lehne er ab (AB 108.6 S. 13 Ziff. 7; vgl. auch AB 108.6 S. 15 Ziff. 7.2). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich weigert, die empfohlenen Therapiemassnahmen umzusetzen, spricht gegen einen hohen Leidensdruck.

4.5 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es fehlt an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse (vgl. hierzu BGE 145 V 361 E. 4.4 S. 369), weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund kann der im MEDAS-Gutachten psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % (AB 108.6 S. 16 Ziff. 8) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden.

4.6 Da sich überdies die Mehlstauballergie weder in der letzten Tätigkeit als ... bei der ... noch in einer angepassten Tätigkeit auswirkt, fehlt es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden, weshalb die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren zu Recht abschlägig beschied.

5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2023 (AB 124) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 Es 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:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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