

200 23 737 IV
SCP/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2024

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. September 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1989 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), der bei der Invalidenversicherung (IV) erstmals im März 1990 wegen einer Teilohratriesie rechts angemeldet worden war und aufgrund der Geburtsgebrechen Ziff. 390 und 441 gemäss Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21 [in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021, abgelöst durch die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern {EDI} vom 3. November 2021 über Geburtsgebrechen {GgV-EDI; SR 831.232.211}, in Kraft seit 1. Januar 2022]) medizinische Massnahmen zugesprochen erhalten hatte (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1.1), meldete sich im März 2019 unter Hinweis auf Angstzustände, Serotoninmangel und eine (undifferenzierte) Persönlichkeitsstörung zum Leistungsbezug an (AB 4). Nach Auflösung des bisherigen Arbeitsverhältnisses (nach Ablauf der Sperrfrist) als ... bei D. _____ (E. _____) per 30. Juni 2019 (AB 31, 33.5) und einem (erneuten) stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik F. _____ vom 19. Juni bis 19. September 2019 mit anschliessender teilstationärer Behandlung (AB 58) gewährte die IVB Eingliederungsmassnahmen (Belastbarkeitstraining vom 20. Januar bis 19. April 2020 [AB 61, 69], Aufbaustraining vom 20. April bis 18. Oktober 2020 [AB 67, 75, 77, 91]), welche per 27. September 2020 abgebrochen wurden (AB 87). In einem Arbeitsversuch mit Coaching im ersten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit (AB 94, 113, 120; vgl. auch AB 88) konnte keine (weitere) Steigerung des Pensums und der Leistungsfähigkeit auf über 50 % erzielt werden, weshalb die berufliche Eingliederung abgeschlossen wurde (AB 109). Im Rahmen (ergänzender) erwerblicher und medizinischer Abklärungen liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 125 ff.; vgl. auch AB 158) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 19. Oktober 2022; AB 179). Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2022 stellte sie bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 16 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 181). Auf Einwand des Versicherten hin (AB 190, 195) und nach Stellungnahmen der Gutachterstelle vom 3. und 29. März 2023 (AB 208, 211) erliess die IVB am

30. März 2023 einen im Ergebnis gleichlautenden (zweiten) Vorbescheid (AB 212). Auf erneuten Einwand hin (AB 226, 229, 239) holte die IVB eine Stellungnahme der Gutachterstelle vom 26. Juni 2023 (AB 232) sowie des RAD vom 15. September 2023 (AB 244; vgl. auch AB 242 f.) ein. In der Folge verfügte sie am 22. September 2023 wie angekündigt (AB 254).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, wie schon im Vorbescheidverfahren vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, mit Eingabe vom 23. Oktober 2023 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei nach genauerer medizinischer Abklärung der Arbeitsfähigkeit und nach korrekter Ermittlung des Invalideneinkommens über einen allfälligen Rentenanspruch neu zu befinden. Gleichzeitig ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Verfahrenskosten).

Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 20. November 2023 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege zurück, worauf dieses mit prozessleitender Verfügung vom 15. Dezember 2023 als erledigt abgeschrieben wurde.

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 22. September 2023 (AB 254). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) 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 22. Sep-

tember 2023 (AB 254), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs (vgl. E. 4.1 nachfolgend) vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. Rz. 9100 f. des Kreisschreibens 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).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach aArt. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 6. Dezember 2018 "Angststörung Agoraphobie mit diversen Phobien" (ICD-10 F40.0) sowie Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), wobei die Symptomatik seit sieben Jah-

ren bestehe. Daneben wies er auf einen regelmässigen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers von täglich ein bis zwei Bier seit dem 19. Lebensjahr hin (AB 3.3/1). Er attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 10. August 2018 (AB 3.3/6). Auf seine Empfehlung hin (vgl. AB 3.3/2) erfolgte wegen krisenhafter Zuspitzung der Angsterkrankung eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik F._____ zunächst auf der Kriseninterventionsstation (1. bis 10. Oktober 2018; AB 15/8 ff.) und anschliessend auf der offen geführten psychotherapeutisch orientierten Station (15. Oktober 2018 bis 21. Januar 2019; AB 15/2 ff.). Im Rahmen letzterer wurden (1.) Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen, (2.) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1), (3.) Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) und (4.) Verdacht auf Colon irritabile diagnostiziert (AB 15/2 f.). Nach Klinikaustritt scheiterte ein Arbeitsversuch am bisherigen Arbeitsplatz (vgl. AB 15/4 unten und 25/1 Ziff. 1.3), nach Meinung von Dr. med. G._____ wahrscheinlich auch wegen des "persönlichen Verhaltens" des Beschwerdeführers (Bericht vom 17. April 2019; AB 25/5 Ziff. 3.6). Dr. med. G._____ attestierte eine Arbeitsfähigkeit von (maximal) 50 % (entsprechend dem aktuellen Beschäftigungsgrad; AB 25/5 Ziff. 4.1 f.), dies verbunden mit dem Hinweis, dass dafür gesorgt werden müsse, dass die misslichen Bedingungen, die zur Dekompensation geführt hätten, geklärt bzw. eliminiert würden (AB 25/5 oben). Das bisherige Arbeitsverhältnis wurde arbeitgeberseits per 30. Juni 2019 (nach Ablauf der Sperrfrist) aufgelöst (AB 33.5).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ging im Bericht vom 5. Juni 2019 gestützt auf die Akten (vgl. E. 3.1.1 hiervor) davon aus, dass sich im Übergang zum Erwachsenenalter wohl eine Angstsymptomatik entwickelt habe, wobei als ein möglicher Auslöser ein intensiver Koffein- und Nikotinüberkonsum angegeben worden sei (vgl. AB 3.3/1 Ziff. 1). In der Folge hätten sich depressive Symptome eingestellt, bei denen auch eine umfangreiche psychosoziale Komponente erkennbar sei. Begleitet werde die psychopathologische Symptomatik von einem intensiven Alkoholkonsum, für den keine eigene Wahrnehmung bestehe. Die von den Behandlern gestellte Diagnose "Angst und

depressive Störung, gemischt" sollte nur dann verwendet werden, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrsche und somit eine eigenständige Diagnose rechtfertige. Darüber hinaus handle es sich bei dieser Störung um eine Kombination aus verhältnismässig milden Symptomen, was bedeute, dass man nicht zwingend von einem überdauernden Gesundheitsschaden ausgehen müsse (AB 35/5 f.).

3.1.3 Vom 19. Juni bis 19. September 2019 erfolgte eine erneute, zunächst stationäre und dann teilstationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik F._____. Als Hauptdiagnose habe sich eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80) herauskristallisiert (AB 58/1). Die Angstsymptomatik sei seit dem letzten Aufenthalt deutlich im Hintergrund geblieben; der Beschwerdeführer könne seinen Alltag wieder grösstenteils angstfrei leben bzw. mit punktuellen Anflügen von Panikgefühlen soweit umgehen, dass sie ihn nicht in der Alltagsgestaltung hinderten. Depressive Episoden und die zuvor beschriebenen Ängste könnten am ehesten im Rahmen von emotionalem Vermeidungsverhalten und mangelhaft ausgebildetem Selbstzugang auf dem Boden der Hauptdiagnose interpretiert werden. Die Diagnose von schädlichem Alkoholmissbrauch könne derzeit nicht mehr aufrecht erhalten werden; alle Alkoholtests während des Aufenthalts seien negativ ausgefallen. Eine der grössten Herausforderungen in der Tagesstrukturierung habe (namentlich im teilstationären Teil der Behandlung ohne Weckhilfe) vor allem das morgendliche Aufstehen dargestellt, was die pünktliche Termineinhaltung zu dieser Tageszeit oft verhindert habe. Aus der Hospitalisierung könne eine sehr positive Bilanz gezogen werden. Im Anschluss an die Klinik habe sich der Beschwerdeführer für ein Arbeitstraining entscheiden können (AB 58/2 ff.).

3.1.4 Nach einer zeitlich befristeten (24. September bis 20. Dezember 2019) ambulanten Übergangsbetreuung im Rahmen eines Arbeitstherapieprogramms im ... (im direkten Anschluss an den stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik F._____; AB 65) absolvierte der Beschwerdeführer in der I._____ vom 20. Januar bis 19. April 2020 ein Belastbarkeitstraining. Dabei konnte das Pensum (in Einhaltung der Arbeitszeiten, dies abgesehen von wenigen Ausnahmen) von zwei Stunden an fünf Tagen auf vier Stunden an fünf Tagen gesteigert werden, wobei es dem Be-

schwerdeführer recht gut gelungen sei, sich bei der Arbeit auf sich zu konzentrieren (AB 69/1 f.). Im daran anschliessenden Aufbautraining bis 19. Juli 2020 konnte das Pensum von vier Stunden an fünf Tagen auf sechs Stunden an fünf Tagen erhöht werden, doch habe der Beschwerdeführer damit und mit dem Wechsel vom ... in die ... zunehmend Mühe bekundet und die Verspätungen hätten sichtlich zugenommen (AB 77/1 f.). Das Aufbautraining wurde in der Folge um drei Monate verlängert (vgl. AB 75), wurde aber per 27. September 2020 abgebrochen (vgl. AB 87; vgl. auch AB 82/2). Selbst nach dem Wechsel zurück ins ... habe der Beschwerdeführer das Pensum von 70 bis 75 % nicht mehr bewältigen können und Verspätungen seien morgens und nachmittags fast täglich beobachtet worden. Damit der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt arbeiten und auch länger funktionieren könne, bedürfe es eines (Start-)Pensums von 50 %, eines ruhigen Arbeitsplatzes ohne Kundenkontakt und eines verständnisvollen Umfelds (Chef und Team; AB 91/2). In einem von der J. _____ GmbH betreuten Arbeitsversuch im ersten Arbeitsmarkt bei K. _____ vornehmlich im Bereich Online-Shop vom 15. Dezember 2020 bis 15. März 2021 (AB 113/3) wurde der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt in einem Pensum von 50 % für vermittelbar befunden (AB 113/8 f.), wobei die quantitative Arbeitsleistung mit der Verringerung der Psychopharmaka zugenommen habe (AB 113/4 f.).

3.1.5 Die den Beschwerdeführer vom 11. November 2019 bis 2. September 2021 (vgl. AB 146/1) ambulant behandelnde med. pract. L. _____, im Medizinalberuferegister ohne Facharzttitel verzeichnet (vgl. <www.med-regom.admin.ch>), M. _____, ging in den Berichten vom 16. Februar und 6. Mai 2021 von einem stationären Gesundheitszustand aus (AB 103/1 und 118/1 je Ziff. 1). Sie wies darauf hin, dass eine im Herbst 2020 erfolgte Abklärung bezüglich Autismusspektrumstörung (ASS) ohne Resultat geblieben sei (AB 103/1 Ziff. 3; vgl. AB 101, 132). Neu sei aber eine ADHS (ICD-10 F90.0) diagnostiziert worden. Die in verschiedenen Situationen auftretenden Angstsymptome könnten einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) zugeordnet werden. Weiterhin habe die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 118/1 f. Ziff. 3 f.; vgl. auch AB 103/1 Ziff. 2 f.). Es bestünden weiterhin eine Tendenz zu Reizüberflu-

tung (v.a. Geräusche) sowie Ängste im öffentlichen Raum (Autofahren, öV; AB 103/1 Ziff. 4); zudem sei es zu einer erneuten Zunahme von Erschöpfungsgefühl, Gereiztheit, Dünnhäutigkeit, hohem Schlafbedarf und Konzentrationsstörungen gekommen (AB 118/2 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer zeige nach zwei bis vier Stunden Arbeit Erschöpfungszustände mit Konzentrationsstörungen und erhöhtem Schlafbedarf. Es habe sich gezeigt, dass es ab einem Arbeitspensum von 60 % zu Überforderung mit Gereiztheit und wiederholten Arbeitsausfällen gekommen sei (AB 103/1 Ziff. 4). Dementsprechend betrage die maximale Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit 50 % (AB 103/2 f. Ziff. 9, 11, 13 f.; vgl. auch AB 82/2). Es sei davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik unter adäquater antidepressiver medikamentöser Behandlung in absehbarer Zeit wieder weitgehend regredient sein werde; angesichts des bisherigen Verlaufs sei ebenso anzunehmen, dass der letztlich nicht vollständig erklärbare, den Beschwerdeführer aber deutlich beeinträchtigende chronische Müdigkeitszustand (DD: Chronic Fatigue Syndrom [CFS]; vgl. auch AB 103/1 Ziff. 3), der bisher eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bedungen habe, persistieren werde (AB 118/2 Ziff. 9).

Im Abschlussbericht vom 8. September 2021 ergänzte med. pract. L. _____ die bisher gestellten Diagnosen um die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1; AB 146/1). Der Beschwerdeführer habe stets regelmässigen milden Alkoholkonsum angegeben. Kurz vor Behandlungsabschluss sei eine CDT-Bestimmung durchgeführt worden, welche auf einen deutlich überdurchschnittlichen Alkoholkonsum hingewiesen habe (vgl. auch AB 136). Daraufhin habe der Beschwerdeführer seinen Alkoholkonsum selbständig auf einen Viertel der bisherigen Menge reduziert und keine Entzugserscheinungen geäussert. Die letzte Spiegelbestimmung des Antidepressivums habe Summenwerte an der unteren therapeutischen Grenze bei zuverlässiger Einnahme ergeben (AB 146/2 oben; vgl. auch AB 136). Angesichts des Verlaufs sei die vorbestehende Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht haltbar, auch wenn milde narzisstische Tendenzen bestehen mögen. Anlässlich der ASS-Abklärung habe sich aber das Vorliegen einer ADHS bestätigt; angesichts geringem subjektivem Leidensdruck sei zunächst auf eine ADHS-spezifische Medikation verzichtet worden. Im

Zentrum der Symptomatik stehe eine chronisch reduzierte Belastbarkeit mit rascher Erschöpfbarkeit und chronischer Müdigkeit. In Absprache mit dem Hausarzt seien ausgedehnte Bluttests getätigt worden, um eine somatische Genese der chronischen Müdigkeit auszuschliessen; die bestehende agoraphobische, undulierend depressive sowie ADHS-Symptomatik und der Alkoholkonsum erklärten die chronische Müdigkeit nicht. Klinisch bestünden Hinweise für dependente – am ehesten zwanghafte – Persönlichkeitszüge. Der Beschwerdeführer besitze gute Ressourcen (Intelligenz, abgeschlossene Berufsausbildung, intaktes soziales Umfeld, Humor, praktisches Geschick, Interesse an sportlichen Aktivitäten; AB 146/2).

3.1.6 Die Fachärzte der N. _____ (MEDAS), diagnostizierten interdisziplinär (Konsensbeurteilung vom 19. Oktober 2022) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) ein dysexekutives Syndrom mit/bei Verhaltensauffälligkeiten, reduzierter Flexibilität und Belastbarkeit, wobei zugrundeliegende strukturelle cerebrale Veränderungen nicht ausgeschlossen seien (MRI wegen Platzangst nicht erfolgt), (2.) eine Panikstörung mit Symptomen einer Agoraphobie (ICD-10 F41.0), weitestgehend remittiert, (3.) eine Persönlichkeits-Akzentuierung mit vorrangig narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.0) und (4.) eine leicht- bis mittelgradige neurokognitive Störung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (1.) anamnestisch eine depressive Episode, derzeit remittiert (ICD-10 F32), (2.) ein Verdacht auf dysfunktional (hohen) Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) bei anhaltend erhöhtem CDT ohne erkennbare soziale oder physische Folgen, (3.) Spannungskopfschmerzen, (4.) unzureichender Vitamin-D-Spiegel, (5.) Verdacht auf Eisenmangel, Substitution empfohlen, und (6.) Vitamin B12 im Graubereich, Substitution empfohlen (AB 179.1/7 Ziff. 4.2). Der Beschwerdeführer habe zwar in Schule und Ausbildung inhaltlich gute Lernleistungen (zwei Ausbildungen), in der Berufstätigkeit seit Anbeginn jedoch eine manifeste Verminderung der Belastbarkeit und Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen gezeigt. Für diese Schwierigkeiten dürften verschiedene Faktoren ursächlich sein (zum Ganzen: AB 179.1/6):

Neurologisch sei bei bereits seit Kindheit vorhandener Störung von einer hirnorganischen Komponente der Dysfunktion auszugehen, die eventuell auch in Zusammenhang mit Fehlbildungen wie der Gehörgangsatresie und

der Sehstörung (Visusminderung links) stehe. Die Symptomatik einer verminderten Flexibilität und Belastbarkeit und Verhaltensauffälligkeiten liessen sich mit der Diagnose eines dysexekutiven Syndroms erfassen. Akzentuierend spielten die psychiatrische Komponente und der Alkoholkonsum eine Rolle (neurologisches Teilgutachten des PD Dr. med. et phil. O._____, Facharzt für Neurologie; AB 179.4/10 f.).

Psychiatrisch könne die Diagnose einer 2017 entwickelten und im Verlauf ausgeweiteten Panikstörung mit Agoraphobie aus gutachterlicher Sicht nachvollzogen werden; unter der entsprechenden störungsspezifischen Behandlung schein sich die Angstsymptomatik weitestgehend zurückgebildet zu haben, heute bestünden nur noch anklingende Ängste. Die depressive Symptomatik werde aus gutachterlicher Sicht am ehesten als Folge der Panikstörung eingeordnet. Eventuell hiermit vereinbar sei auch die vom Beschwerdeführer beschriebene subjektive Müdigkeit und reduzierte Durchhaltefähigkeit. Die ca. 2½-stündige Exploration habe ohne erkennbare Zeichen von Müdigkeit oder Erschöpfung durchgeführt werden können. Sicherlich seien auch deutliche Zeichen einer Dekonditionierung erkennbar, da der Beschwerdeführer seit nun mehr einem Jahr nicht mehr arbeite und auch in der Häuslichkeit einer eigenen Tagesstruktur nachgehe (Aufstehen um die Mittagszeit, Zubettgehen erst mitten in der Nacht). Narzisstische Persönlichkeitszüge im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung seien zwar klar erkennbar, doch bestehe entgegen den Vorbeurteilungen kein ausreichender Hinweis für das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, fehlten doch insbesondere maligne Persönlichkeitszüge. In Anbetracht des vorliegenden kognitiven Niveaus und der Reflektionsfähigkeit des Beschwerdeführers sei nicht auszuschliessen, dass sich die entsprechenden Züge im Verlauf, auch im Rahmen einer Nachreifung, nivellieren könnten. Anhand der vom Beschwerdeführer mehr oder weniger glaubhaft dargelegten Schilderungen des Alkoholkonsums lasse sich weder eine Alkoholabhängigkeit noch ein Alkoholabusus im Sinne der ICD-10 nachweisen; der CDT-Wert spreche nichtsdestotrotz für einen insgesamt regelmässigen und auch quantitativ höheren Alkoholkonsum. Folglich ergebe sich aus dem Alkoholkonsum keine versicherungsmedizinische Konsequenz im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Schliesslich hätten sich zumindest in der gutachterlichen Situation keine klinischen Hinweise

für das Vorliegen einer ADHS gefunden, zumal auch die Schilderung der schulischen Laufbahn und Leistung während der Lehre einer ADHS in höherem Ausmass widersprechen würde (psychiatrisches Teilgutachten des Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; AB 179.5/18 ff.).

Neuropsychologisch zeige sich eine leicht- bis mittelgradige neurokognitive Störung. Komplexere Informationsgeschwindigkeit, Flexibilitäts- und Flüssigkeitsleistung seien im weit unterdurchschnittlichen Bereich. Die einfachere Informationsgeschwindigkeit, die selektive Aufmerksamkeit und die Konzentrationsbelastungsfähigkeit sowie der visuelle verzögerte Abruf seien im unterdurchschnittlichen Bereich. Das neuropsychologische Profil mit attentional-exekutiven Defiziten sei im Rahmen der einfachen Aufmerksamkeitsdefizitstörung unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbiditäten interpretierbar, wobei auch der erhöhte (regelmässige, aber nicht beständige) Alkoholkonsum (CDT-Wert) zu berücksichtigen sei (neuropsychologisches Teilgutachten des Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Q. _____; AB 179.3/36 f. Ziff. 3).

In den Vorberichten, insbesondere auch den Berichten der beruflichen Massnahmen, zeige sich im Verlauf konstant und aus gutachterlicher Sicht aufgrund der zu stellenden Diagnosen plausibel, dass der Beschwerdeführer bei Zunahme von Belastungen und Stress mit dysfunktionalem Verhalten und Kognition reagiere (AB 179.1/6). Aufgrund des dysexekutiven Syndroms mit Verhaltensauffälligkeiten, Minderleistungen im Bereich der Exekution und verminderter Flexibilität sei mit erheblichen Einschränkungen bei höheren neurokognitiven Leistungen im beruflichen Alltag zu rechnen. Wichtig sei ein verständnisvoller Arbeitgeber. Aus der zwar in weiten Teilen abgeklungenen Angstsymptomatik ergebe sich eine leicht verringerte physische und psychische Belastbarkeit, welche bei etwaigen Eingliederungsmassnahmen vorübergehend noch hinderlich sein könnte. Es sei jedoch damit zu rechnen, dass im Rahmen der Gewöhnung an den Arbeitsplatz diese Problematik rückläufig sei. Der Spannungskopfschmerz habe anamnestisch nur geringe Auswirkungen auf den Alltag und werde vom Beschwerdeführer durch Einlegen von Pausen oder durch einen Mittagsschlaf kompensiert (AB 179.1/7 f. Ziff. 4.3). Die Einschränkungen der Arbeits-

fähigkeit setzten sich multifaktoriell zusammen, zum einen aufgrund des dysexekutiven Syndroms, einer noch bestehenden psychiatrischen Restsymptomatik, den leichten bis mittelschweren neurokognitiven Störungen, einer beruflichen Dekonditionierung sowie narzisstischen Persönlichkeitszügen. In der angestammten Tätigkeit als ... sowie in einer angepassten Tätigkeit sei unter Beachtung des Belastungsprofils – gewisse Flexibilität und Autonomie am Arbeitsplatz, Rückzugsmöglichkeiten, wenig Kundenkontakte, nicht zu strukturierte Tätigkeiten, um eine Unterforderung zu vermeiden, da sie sich genauso wie eine Überforderung negativ auf die Arbeitsleistung und Motivation auswirken würde – eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit möglich. In Übereinstimmung mit den beruflichen Abklärungen sowie den Einschätzungen der psychiatrischen Behandler sollte der Einstieg in einem 50%-igen Pensum erfolgen und dann, in Absprache mit den psychiatrischen Behandlern, zügig stufenweise gesteigert werden. Bei Persönlichkeitsakzentuierung mit vorrangig narzisstischen Zügen und aktuell weitgehend remittierter Panikstörung sowie einer leicht- bis mittelgradigen neurokognitiven Störung sei auch zukünftig mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (AB 179.1/9 f. Ziff. 4.7 ff.).

3.1.7 Die den Beschwerdeführer seit Ende August 2021 behandelnde Dr. med. R. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ging im Bericht vom 16. November 2022 von einem weitgehend unveränderten Zustand aus (AB 195/26) und bezeichnete die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % als nicht nachvollziehbar. So habe während der Eingliederungsmassnahmen eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden können, zumal der Beschwerdeführer ein Pensum von 70 - 75 % nicht habe bewältigen können und es zu einer Zustandsverschlechterung gekommen sei (AB 195/27). Die gutachterliche Schlussfolgerung sei unter Einbezug einer sich fälschlicherweise im IV-Dossier des Beschwerdeführers befindlichen Beurteilung einer fremden Person erfolgt (AB 195/28).

3.1.8 Damit konfrontiert führten die MEDAS-Gutachter am 3. März 2023 aus, das betreffende Aktenstück sei zwar versehentlich in den Aktenauszug aufgenommen worden, habe jedoch keinen Eingang in die (fach-)gutachterliche Beurteilung gefunden. Vielmehr sei auf die korrekten, explorandenbezogenen Angaben aus dem korrekten Abschlussbericht vom 16. Ok-

tober 2020 betreffend den Beschwerdeführer ("[Start]Pensum von 50%, ruhiger Arbeitsplatz, kein Kundenkontakt und ein verständnisvolles Umfeld [Chef und Team]; vgl. AB 91/2) abgestellt worden, dies jedoch mit falscher Datumsangabe (AB 208/3). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung sei die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der aktuell gutachterlich erhobenen Befunde sowie im Verlauf aufgrund der Behandlerberichte und gestützt auf die Ergebnisse der Eingliederungsmassnahmen beurteilt worden. Im Verlauf habe sich im Rahmen der Massnahmen plausibel eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit als ... herauskristallisiert, welche auch gutachterlich attestiert werde (AB 208/4). Bei adäquater therapeutischer Unterstützung sei davon auszugehen, dass eine kleinschrittige Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein sollte (AB 208/5; vgl. auch AB 211).

3.1.9 Nach erhobenem Einwand (vgl. AB 229) führten die MEDAS-Gutachter am 26. Juni 2023 aus, die Notwendigkeit einer psychiatrischen Würdigung des dysexekutiven Syndroms als Komorbidität sei nicht gegeben. Die beim Beschwerdeführer bestehenden Verhaltensauffälligkeiten, reduzierte Flexibilität und Belastbarkeit sowie Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen am Ausbildungs- und Arbeitsplatz (dysexekutives Syndrom) würden psychiatrisch im Rahmen der Persönlichkeitsakzentuierung gewürdigt. Neurologisch erfolge eine integrative Beurteilung unter Berücksichtigung des zudem vorliegenden dysexekutiven Syndroms und der leicht- bis mittelgradigen neurokognitiven Störung. Eine anteilige Aufteilung der Symptomatik in psychiatrisch oder neurologisch begründete Anteile sei nicht möglich und auch nicht zielführend. Es könne weiterhin auf das erstellte Zumutbarkeitsprofil des Gutachtens abgestellt werden (AB 232).

3.1.10 Hierzu führte Dr. med. R. _____ als behandelnde Psychiaterin am 24. Juli 2023 aus, aus medizinischer Sicht entspreche die neurologische Diagnose eines dysexekutiven Syndroms psychiatrisch einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.9), welche im Vergleich zur Persönlichkeitsakzentuierung eine schwere Diagnose darstelle. Die Störung könne mit medizinischen Massnahmen nicht verbessert werden. Bei vorliegenden Einschränkungen, welche im Rahmen einer schweren, nicht heilbaren organischen Störung bestünden, bleibe unklar, wie eine Verbesserung

und somit die 80%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Beim Beschwerdeführer hätte im Rahmen einer mehrmonatigen IV-Wiedereingliederungsmassnahme eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % erreicht werden können. Der Zustand und die Einschränkungen seien seither unverändert geblieben und könnten nicht mit medizinischen Massnahmen verbessert werden (AB 239/3 f.).

3.1.11 Die neurologischen und neuropsychologischen Spezialistinnen und Spezialisten des RAD sowie Dr. med. H. _____ bezeichneten das Gutachten vom 19. Oktober 2022 je betreffend ihr Fachgebiet als umfassend, schlüssig und nachvollziehbar (AB 242 ff.). Die Stellungnahme vom 26. Juni 2023 (vgl. AB 232) überzeuge. Insofern ziele auch die neu eingegangene Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 24. Juli 2023 (vgl. AB 239/3 f.) ins Leere, die eine Verschiebung der Auffälligkeiten in den neurologischen Bereich in den Vordergrund stelle. Neue medizinische Aspekte würden unabhängig davon nicht vorgebracht (AB 244/2).

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).

3.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.3 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 19. Oktober 2022 (AB 179.1) sowie die Teilgutachten (AB 179.3 bis 179.5) erfüllen mitsamt den Rückfragenbeantwortungen vom 3. und 29. März sowie 26. Juni 2023 (AB 208, 211, 232) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und begründeten die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Sodann fanden die Ergebnisse der einzelnen fachärztlichen Untersuchungen Eingang in die umfassende interdisziplinäre Konsensbeurteilung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). Das Gutachten

ist im Übrigen in sich widerspruchsfrei, schlüssig sowie überzeugend. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

3.3.1 Im neurologischen Teilgutachten wird mit nachvollziehbarer Begründung dargelegt, dass der Beschwerdeführer mit einem Geburtsgebrechen behaftet ist (Nr. 441: Atresia auris congenita inklusive Anotie und Mikrotie; vgl. dazu AB 1.1/7 f.), welches geeignet ist, zu einer dysexekutiven Störung mit verminderter Flexibilität, reduzierten exekutiven Fähigkeiten und reduzierter Belastbarkeit zu führen, und eine solche Symptomatik beim Beschwerdeführer im Langzeitverlauf auch aufgetreten ist (AB 179.4/10 f. Ziff. 7.1 f.). Dass diese Diagnose nicht als gesichert gelten kann (vgl. dazu AB 179.4/13), ändert daran nichts, wirkt sich dies doch nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers aus. Entgegen der Darstellung der behandelnden Psychiaterin, welche zur Beurteilung einer solchen hirnorganischen Störung fachlich denn auch nicht hinreichend qualifiziert ist, begründet der Neurologe die aus den funktionellen Beeinträchtigungen ableitbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % mit den Fakten, dass es dem Beschwerdeführer trotz diesen Beeinträchtigungen einerseits gelungen ist, schulisch und ausbildungsmässig adäquate Leistungen zu erbringen, namentlich zwei Berufslehren und eine Handelsschule erfolgreich zu absolvieren (vgl. AB 179.4/5). Andererseits formuliert er Anforderungen an einen Arbeitsplatz, damit der Beschwerdeführer nicht Situationen ausgesetzt wird, bei welchen sich die Beeinträchtigungen auswirken, namentlich unter Beachtung dieser Anforderungen nicht mit den bekannten Verhaltensauffälligkeiten zu rechnen ist: wenig Kundenkontakt, Rückzugsmöglichkeiten und eine flexible Arbeitszeitgestaltung (AB 179.4/12). Dieses Zumutbarkeitsprofil deckt sich denn auch weitestgehend mit den Erwartungen des Beschwerdeführers an eine angepasste Tätigkeit (AB 179.4/7).

3.3.2 In Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit gehen die Gutachter für die Zeit von Oktober 2018 bis zum Beginn der beruflichen Massnahmen im Januar 2020, also insbesondere für die Zeit der psychiatrischen Hospitalisationen vom 1. Oktober 2019 bis 21. Januar 2019 (vgl. AB 15) und vom 19. Juni bis 19. September 2019 (vgl. AB 58), von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus. Die sich dann im Verlauf der IV-vermittelten beruflichen

Massnahmen (mit entsprechenden Taggeldzahlungen) von Januar 2020 bis März 2021 gestützt auf die Einschätzungen der Betreuer und Behandler herauskristallisierte Arbeitsfähigkeit von 50 % (AB 69/2, 77/2, 82/2, 91/2, 113/8 f.; vgl. auch AB 103/2 f. Ziff. 9, 11, 13 f.) wird von den Gutachtern ausdrücklich bestätigt (AB 208/4). Nicht einverstanden ist der Beschwerdeführer aber mit der gutachterlichen Annahme, dass nach dem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben in einem Pensum von 50 % (bei adäquater therapeutischer Unterstützung) zügig eine stufenweise Steigerung auf 80 % möglich sein sollte (vgl. AB 179.1/9 f. Ziff. 4.7, 211/2; vgl. auch AB 208/5). Zu diesem Punkt wird indessen von den Gutachtern überzeugend aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer Lebens- und Behandlungsumstände vorliegen, welche sich negativ auf die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen auswirken. Aus den anamnestischen Angaben in sämtlichen Gutachten geht in erster Linie hervor, dass der Beschwerdeführer einen verschobenen Tag- und Nachtrhythmus mit Aufstehen um die Mittagszeit pflegt (vgl. insbes. AB 179.5/23 Ziff. 8.2), welcher sich auf das Leistungsvermögen, namentlich am Morgen, negativ auswirkt. So verwundert es nicht, dass er im Rahmen der Abklärungs- und beruflichen Massnahmen, anlässlich welchen er überwiegend am Morgen zu erscheinen hatte (vgl. dazu die jeweiligen Stempelzeiten; AB 69/9, 77/8 und 91/7), Müdigkeit und Leistungsschwäche beklagte bzw. Mühe zeigte, die Arbeitszeitvorgaben einzuhalten. Schon der erstbehandelnde Dr. med. G._____ forderte im Bericht vom 17. April 2019, dass dafür gesorgt werden müsse, dass die misslichen Bedingungen, die zur Dekompensation geführt hätten, geklärt bzw. eliminiert würden (AB 25/5 oben). Sodann wirkt sich auch der durch den CDT-Wert (vgl. dazu AB 179/4 und 179.5/19) dokumentierte Alkohol-Überkonsum negativ auf das Leistungsvermögen aus, weshalb die Gutachter eine vollständige Sistierung für erforderlich halten (AB 179.4/12). Und schliesslich ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer mit Bezug auf das ihm morgendlich verschriebene Medikament Wellbutrin (Bupropion; AB 179.4/4 unten) einen Medikamentenspiegel im toxischen Bereich aufwies (AB 179.1/11). Bei diesem Medikament besteht gemäss Arzneimittelkompendium (abrufbar unter <<https://compendium.ch>>; ein Ausdruck mit öffentlich nur beschränkt zugänglichen Zusatzinformationen findet sich im Gerichtsdossier) ein Abhängigkeitspotenzial und als häufige Nebenwirkungen treten Agitiertheit und Angstzustände sowie Kopfschmerzen auf, womit

aufgrund der vom Beschwerdeführer beklagten Symptomatik der Hinweis der Gutachter, es sollten eine Dosisanpassung und weitere Kontrollen der Serumkonzentrationen erfolgen (AB 179.1/11), zu überzeugen vermag. So wurde denn auch anlässlich des von der J. _____ GmbH betreuten Arbeitsversuchs berichtet, dass nach einer Verringerung der Psychopharmaka die qualitative Arbeitsleistung zugenommen hat (AB 113/4 und /9). Bei diesen negativen Faktoren handelt es sich nicht um gesundheitliche Beeinträchtigungen, sondern um Verhaltensweisen, deren Folgen der Beschwerdeführer selber zu tragen hat. Soweit die behandelnde Psychiaterin und das ihn begleitende Umfeld diese Lebens- und Suchtgewohnheiten für gegeben hinnehmen, kann ihnen nicht gefolgt werden. In Bezug auf die (anerkannten) gesundheitlichen Beeinträchtigungen gilt es in Erinnerung zu rufen, dass die Panikstörung weitestgehend remittiert und die depressive Episode derzeit remittiert ist (AB 179.1/7 Ziff. 4.2), was doch eine beachtliche Verbesserung des Gesundheitszustands darstellt und was zweifellos auch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt.

3.3.3 Der Umstand, dass die Gutachter ein einen anderen Versicherten betreffendes Dokument nicht erkannt haben, lässt keine Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen aufkommen, haben doch die Gutachter im Rahmen der Rückfragenbeantwortung einlässlich nachgewiesen, dass dieses Dokument nicht in die Beurteilung einbezogen wurde (AB 208/3). Festzuhalten ist schliesslich, dass sich die Einschätzung des I. _____ hinsichtlich der während des in der (nicht optimal angepassten Tätigkeit) ... geleisteten Arbeitspensums erbrachten Leistung von 80 % (AB 77/3) mit derjenigen gemäss Gutachten deckt und im Arbeitsversuch in einer dem Zumutbarkeitsprofil optimal angepassten Tätigkeit bei K. _____ dem Beschwerdeführer sogar eine 100%-ige Leistungsfähigkeit attestiert wird (AB 113/9). Die beschwerdeweise vorgetragene Vermutung (S. 7 Bst. f) erweist sich damit als unzutreffend.

3.4 Nach dem Dargelegten gestatten die verfügbaren Unterlagen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weiterer Abklärung (wie im beschwerdeweisen Rechtsbegehren beantragt) bedarf es nicht (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).

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aus rein medizinischer Sicht (bei Reduktion des Alkohol- und Medikamentenkonsums sowie Anpassung des Tag-/Nacht-Rhythmus) seit dem Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen im März 2021 (AB 113/3; vgl. auch AB 109) die angestammte wie auch eine entsprechende angepasste Tätigkeit zu 80 % möglich ist, dies nach einem Einstieg in einem Pensum zu 50 % und zügiger (stufenweiser) Steigerung (AB 179.1/9 f. Ziff. 4.7 f., 208/5 Ziff. 5). Gestützt darauf ist nachfolgend der Rentenanspruch zu prüfen.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der Beschwerdeführer ist seit August 2018 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (AB 3.3/6, 25/5 Ziff. 4.1 f.) und die Anmeldung bei der IV erfolgte im März 2019 (AB 4). Damit fiel der frühestmögliche Rentenbeginn auf September 2019. Jedoch bezog der Beschwerdeführer während den beruflichen Eingliederungsmassnahmen vom 20. Januar 2020 (vgl. AB 62) bis 15. März 2021 (AB 113/3; vgl. auch AB 109) IV-Taggelder. Solche Eingliederungsmassnahmen stehen nach dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" einem Rentenanspruch von vornherein entgegen (BGE 126 V 241 E. 5 S. 243; 121 V 190; AHI 2001 S. 154 E. 3b; Rz. 1045 des bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] bzw. unter Herrschaft der hier intertemporal-rechtlich nicht anwendbaren Weiterentwicklung der IV [vgl. E. 2.1 hiervor] nunmehr auch explizit Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Mithin ist der frühest mögliche Zeitpunkt des Rentenbeginns auf den 1. März 2021 festzulegen, was allerdings letztlich unerheblich ist.

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. 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 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchst-

tens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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 doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.2

4.2.1 Das zu Recht nicht bestrittene Valideneinkommen ist entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin gestützt auf den zuletzt erzielten Lohn bei der E. _____ festzulegen (AB 245/2), da der Beschwerdeführer im hypothetischen Gesundheitsfall immer noch an seinem angestammten Arbeitsplatz tätig wäre. Im Jahr 2019 betrug dieses Einkommen Fr. 60'645.- (AB 31/6 Ziff. 5.1). Indexiert auf das Jahr 2021 (BFS, Nominallohnindex Männer, 2016-2022, T1.1.15, Ziff. 45-47: Handel) beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 60'704.55.

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln. Dem beweiskräftigen Gutachten zufolge kann der Beschwerdeführer in seinem Tätigkeitsbereich, in welchem dem Rendement angepasste Tätigkeiten (vornehmlich ... und damit weniger Kundenkontakte) ohne weiteres zu finden sind, zu 80 % tätig sein (AB 179.1/9 f.). In diesem Bereich verfügt er denn auch über zahlreiche (Zusatz-)Ausbildungen (AB 179.1/4 f. Ziff. 4.1). In Berücksichtigung dessen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die spezifisch auf diese Tätigkeit zugeschnittene Ziff. 47 (...) im Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) der LSE 2020 abgestellt hat (Fr. 5'116.--), was sich für den Beschwerdeführer insofern als vorteilhaft erweist, als der Totalwert im Anforderungsniveau 1 ohnehin höher wäre (Fr. 5'261.--). Ausgehend von diesen Fr. 5'116.-- und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit, der Nominallohnentwicklung und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 % ergibt sich per 2021 ein Invalideneinkommen von Fr. 51'251.20 (Fr. 5'116.-- x

12 / 40 x 41.7 [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 47] / 101.8 x 101.9 [BFS, Nominallohnindex Männer, 2016-2022, T1.1.15, Ziff. 45-47: ...] x 0.8).

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers ist kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Insbesondere trägt die gutachterliche Beurteilung den medizinischen Einschränkungen mit dem Zumutbarkeitsprofil hinreichend Rechnung, sodass diese nicht nochmals mittels eines Abzuges zu berücksichtigen sind (vgl. E. 4.1.2 hiavor). Der zusätzlich geforderte Pauschalabzug von 10 % gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV bezieht sich auf laufende und neue Renten, wogegen – wie vorliegend – im Falle einer verweigerten Rente eine Neuanschuldung erforderlich wäre (Abs. 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Oktober 2023).

4.2.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'704.55 und einem Invalideneinkommen von 51'251.20 resultiert ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 16 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiavor).

4.3 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 22. September 2023 (AB 254) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, lic. iur. C. _____ 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 öf-

fentlich-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.