

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkularurteil vom 4. Mai 2020

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 28
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA. _____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 13. Juni 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung vom 13. Juni 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventuell sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Vorinstanz/Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1964 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2017 unter der Angabe „Burn-Out – Richtung Depression“ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die IV-Stelle tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen. Mit Schreiben vom 27. Juni 2017 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien (IV-act. 28). Am 2. August 2017 gab sie bei der MEDAS Bern ein monodisziplinäres, psychiatrisches Gutachten in Auftrag (IV-act. 34). Die Gutachterstelle sah in der Folge auch eine neuropsychologische Untersuchung für angezeigt und betraute damit die Praxis für Neuropsychologie B. _____ (vgl. das betreffende Teilgutachten vom 24. Januar 2018, IV-act. 50, S. 28 ff.) Am 20. April 2018 lieferte die MEDAS Bern das bidisziplinäre Gutachten (IV-act. 50). Dieses kam zum Schluss, dass beim Versicherten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege und entsprechend sowohl angestammt als auch adaptiert von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Gutachten, S. 22).
- B. Mit Vorbescheid vom 11. Juni 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 63). Dagegen liess der Versicherte am 9. Juli 2018 durch RA AA. _____ Einwand erheben. Am 14. August 2018 folgte noch eine Ergänzung des Einwands (IV-act. 57 und 59). Mit Schreiben vom 19. September 2018 forderte die IV-Stelle bei der MEDAS Bern ein sog. Mini-ICF-App nach (IV-act. 61), welches am 4. Februar 2019 im Rahmen einer umfassenden Stellungnahme geliefert wurde (IV-act. 67).

Die IV-Stelle verfügte schliesslich am 13. Juni 2019 im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 69).

- C. Gegen die Verfügung vom 13. Juni 2019 liess der Versicherte am 15. Juli 2019 durch RA AA. _____ mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1). In ihrer Vernehmlassung vom 2. September 2019 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (act. 7). Am 20. November 2019 folgte die Replik des Versicherten (act. 12), am 5. Dezember 2019 die Duplik der Vorinstanz (act. 15).
- D. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung (vgl. act. 9 und 14).

Erwägungen

1. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

1.2

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b JG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.3

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und

die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2. 2.1

Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben versicherte Personen Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung; IVV, SR 831.201). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3

Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet,

dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351).

3. 3.1

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

3.2

a) Die IV-Stelle stützt die rentenablehnende Verfügung vom 13. Juni 2019 auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der MEDAS Bern vom 20. April 2018 (IV-act. 50, insbesondere S. 19 ff.). In der Gesamtbeurteilung des Gutachtens werden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind genannt: Anpassungsstörung – längere depressive Reaktion (F43.21); leichte kognitive Störung (seit Kindheit bestehend, erworben?) F06.7; neuropsychologisch: leichte neuropsychologische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung; Belastungsreaktion (F43.8, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung); Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73 (körperliche oder psychische Belastung, Stress, sozialer Rollenkonflikt); Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1).

b) In ihrer gesamtgutachtlichen versicherungsmedizinischen Beurteilung der Funktionen, Arbeitsfähigkeit und Ressourcen halten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht sei es beim Versicherten im Rahmen der im Zuge einer Kündigung entstandenen Kränkungssituation (Anpassungsstörung) zeitweilig zu einer reduzierten psychischen Stabilität, jedoch ohne nachlassende Zuverlässigkeit, gekommen. Es bestehe aus neuropsychologischer Sicht eine leicht reduzierte Daueraufmerksamkeit (in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung nicht reproduzierbar), mit diskreten Veränderungen der höheren kognitiven Funktionen. Die mathematischen Fähigkeiten schienen seit der Kindheit des Versicherten reduziert zu sein. Neues schnell und zuverlässig zu lernen, Probleme zu lösen, mit Stress und Krisensituationen ausdauernd und adäquat umzugehen, könne dem Versicherten zeitweise Schwierigkeit bereiten. Routineaufgaben gelängen ihm jedoch offensichtlich noch hinreichend. Die Tagesstrukturierung sei weitgehend erhalten, was auch für die Kommunikation gelte. Es bestünden keine relevanten Beeinträchtigungen der Körperpflege und der Selbstversorgung. Der Versicherte sei in der Lage, Beziehungen aufrechtzuerhalten und Kontakte zu Dritten aufzunehmen, er sei auch zu intimen Beziehungen fähig. In diesem Zustand sei der Versicherte in der Lage, zu arbeiten und wirtschaftlich eigenständig zu leben.

c) Aus neuropsychologischer Sicht brauche der Versicherte für konzentrativ anspruchsvollere Aufgaben länger als Gleichaltrige (sich auf eine Aufgabe konzentrieren, mehrere Aufgaben parallel bearbeiten). Er könne sich sprachliche Informationen weniger gut eine Zeit lang merken (z.B. längere oder komplexere Instruktionen) und diese mental manipulieren (z.B. einzelne Aufträge in eine stimmige Reihenfolge bringen). Er habe etwas mehr Mühe, bestimmte gelernte Information präzise abzurufen und nicht mit anderen ähnlichen Informationen zu verwechseln. Auch nicht-sprachliche Informationen bereiteten ihm Probleme: Er könne diese weniger gut kurzfristig im Gedächtnis behalten (z.B. einen kurzen Ablauf einprägen), weniger gut (Menge und Qualität) längerfristig lernen. Sollte er zwischen zwei Aufgaben hin- und herwechseln, verliere er übermässig an Geschwindigkeit. Er schreibe fehlerhaft, finde die richtigen Wörter nicht immer, lese langsam, habe Mühe, die Grundrechenarten sicher und rasch auszuführen. In stressigen Situationen fange er an zu stottern und – sicher an den Händen – zu schwitzen. Der Versicherte habe zahlreiche Ressourcen. Er könne seine Situation ausreichend gut beschreiben, verstehe klare Instruktionen gut (solange sie nicht zu lange seien), könne Neues lernen und abrufen (allerdings gälten oben genannte Einschränkungen). Er sei orientiert, sein Verhalten adäquat, er sei freundlich und offen. Er bearbeite zwar aufmerksamkeitsintensive Arbeiten etwas langsam, aber in ausreichender Qualität, könne schreiben (fehlerhaft, aber verständlich) und lesen (langsam), entwickle eigene Ideen, könne visuell-räumliche Tätigkeiten ausführen (z.B. etwas nach einem Plan zusammenbauen).

d) Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, ergebe sich zusammenfassend, dass beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht auch unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Befunde keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden, dies gelte sowohl für die angestammte berufliche Tätigkeit als auch für eine Verweistätigkeit. Insbesondere im Rahmen einer adaptierten Arbeit sollten aber die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Defizite berücksichtigt werden. Das gelte speziell für konzentrativ anspruchsvollere Tätigkeiten, für Aufgaben, die besondere Fähigkeiten auf das Gedächtnis, auf schnelle Reaktion und Handlungen sowie mathematisches Wissen und die Schriftsprache erfordern. Er sollte auch nicht unter Zeitdruck oder Multi-tasking-Bedingungen arbeiten müssen. Nach dem Gesagten betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt als auch adaptiert 100 %.

e) Am 4. Februar 2019 lieferte die MEDAS Bern ausserdem noch ein sog. Mini-ICF-APP nach, mit ausführlichen Erläuterungen. Den betreffenden Ausführungen ist namentlich zu entnehmen, auch wenn die aus der Kündigung resultierende psychosoziale Belastung beim Versicherten zu emotionalen Beschwerden und Verhaltensstörungen geführt hätten, liege zwischenzeitlich keine relevante Komorbidität mehr vor. Es hätten sich keine Anhaltspunkte für eine relevante depressive oder psychotische Störung mehr gefunden, auch keine Angsterkrankung, nur eben Züge der Persönlichkeitsakzentuierung, welche eine regressive Haltung und auch die Entwicklung eines Schon- und Vermeidungsverhalten erklärten. Ohne eine entsprechende Komorbidität sei aber auch nicht nachvollziehbar, warum die früher durchaus bestehenden guten Ressourcen jetzt nur so eingeschränkt verfügbar sein sollen. Es dürfe medizinisch eine hinreichende Überwindbarkeit der inneren, eher zum Vermeidungsverhalten tendierenden Hemmnisse durchaus verlangt werden, wenn auch persönlichkeitsbedingt eine erhöhte Stressvulnerabilität und Unsicherheiten in der Selbstwertregulation berücksichtigt werden müssen. Diese hätten in der Vergangenheit dennoch nie zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit geführt, seien nie repetitiv Anlass zu arbeitsplatzbezogenen oder sonstigen Schwierigkeiten, also im Ausprägungsgrad nie schwerwiegend gewesen. Die teilweise bestehenden leichten Einschränkungen wären durch Berücksichtigung im qualitativen Anforderungsprofil eines Arbeitsplatzes und insbesondere bei wertschätzendem Arbeitsumfeld durchaus kompensierbar und könnten keine dauerhafte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 67)

3.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit auf das bidisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer kritisiert dieses in mehrfacher Hinsicht und hält dessen Ergebnisse nicht für verwertbar.

3.3.1

Der Beschwerdeführer rügt zunächst die Diagnosestellung durch die MEDAS Bern. Namentlich mit Verweis auf den im Rahmen der Replik eingereichten Arztbericht von Dr. C. _____ (act. 13.7) macht er geltend, es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, vor. Es entspreche der Natur einer depressiven Erkrankung, dass diese schwankend, phasenweise oder unregelmässig verlaufe. Im Längsschnittverlauf zeige sich eine deutliche reduzierte Belastungsfähigkeit. Daraus resultiere bei übermässiger Belastung eine erneute depressive Reaktion, welche der Gutachter nicht berücksichtigt habe bzw. nicht berücksichtigen könne. Die MEDAS Bern habe im Zusammenhang mit ihrer Diagnoseliste geschrieben, bei dem Versicherten bestehe eine im Rahmen der identifizierbaren psychosozialen Belastung entstandene Anpassungsstörung, die mit Entwicklung emotionaler Beschwerden und Verhaltensstörungen als Reaktion auf psychosoziale Stressoren aufgetreten sei. Die Symptome der Anpassungsstörung seien zum Teil passagere affektive Symptome, regressive Verhaltensweisen sowie Störungen des Sozialverhaltens. Auch sei es dabei bei dem Versicherten zu einer längeren depressiven Reaktion gekommen. Dies sei später in eine Belastungsreaktion übergegangen (act. 50, S. 17).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Schlüssigkeit dieser Diagnose ist auf die medizinische Anamnese einzugehen. Im ersten dokumentierten fachärztlichen Bericht der Klinik D. _____ vom 1. April 2016 wurde (im Sinne einer vorläufigen Beurteilung) die Diagnose „Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion“ gestellt (IV-act. 16). Mit IV-Arztbericht vom 17. Februar 2017 bestätigte diese Klinik ihre Diagnose, wenn gleich sie darauf hinwies, dass die Behandlung bei ihr am 26. April 2016 beendet worden sei (IV-act. 12). Insgesamt ist die Beurteilung der Klinik als Indiz für die Zuverlässigkeit der MEDAS-Begutachtung anzusehen. Was nun die Einschätzung von Dr. C. _____ betrifft, hatte sich dieser Arzt am 6. Juni 2017 zuhänden der IV-Stelle geäußert und dabei nebst einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und depressiver Entwicklung auch die Diagnose einer Angst- (mit Panik-) und depressive Störung, gemischt gestellt (IV-act. 24). In Bezug auf den Beweiswert dieses Berichts ist festzustellen, dass im Vergleich zur Klinik D. _____ eine verschlechterte Diagnose gestellt wird. Dies ist aber insoweit nicht plausibel, als aus der Beurteilung von Dr. C. _____ in dem nämlichen Bericht nicht gefolgert werden kann, es sei seit der Behandlung durch die Klinik D. _____ im Verlauf zu einer Verschlechterung gekommen. Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass in dem besagten im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. C. _____ (act. 13.7) nun auf einmal von einer (gegenwärtig remittierten) rezidivierenden depressiven Störung die Rede ist. Weshalb letztere Diagnose nicht schon früher festgestellt werden konnte, wird nicht begründet. Soweit eine Änderung bzw. eine Verschlechterung des

Gesundheitszustands geltend gemacht wird, ist darauf hinzuweisen, dass das Gericht rechtsprechungsgemäss nur den Sachverhalt zu beurteilen hat, wie er sich bis zum Verfügungszeitpunkt (13. Juni 2019) entwickelt hat (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366 mit Hinweisen). Die Abweichungen bzw. die fehlende Begründung für letztere in den Berichten von Dr. C. _____ schmälert letztlich deren Beweiswert, so dass sie an der diagnostischen Beurteilung der MEDAS Bern keine konkreten Zweifel erwecken zu vermögen. Die Gutachterstelle begründet in dieser Hinsicht auch ausführlich und schlüssig, weshalb beim Versicherten aktuell keine Depression und auch keine manifeste Angststörung vorliegt. Demnach seien die bestehenden affektiven Symptome und Angst in einem anderen Kontext zu verstehen und stellten kein eigenständiges Störungsbild dar. Auch in der Vergangenheit habe der Versicherte nie arbeitsrelevante psychiatrische Auffälligkeiten gezeigt, seien keine Hinweise auf relevante Ich-strukturelle Defizite gegeben, dürften somit hinreichend gute persönliche Ressourcen seitens der psychischen Funktionen angenommen werden, welche eine Überwindung auch des erlittenen Kränkungserlebens ermöglichen sollten (IV-act. 50, S. 20). Schliesslich ist auch auf die gängige Praxis betreffend das Verhältnis eines versicherungsexternen Gutachtens im Vergleich zu den Berichten der behandelnden Ärzte hinzuweisen. Demnach kann den Berichten der behandelnden Ärzte aufgrund der Tatsache, dass diese Personen in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zum Versicherten stehen, nur eine beschränkte Aussagekraft beigemessen werden. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf deren Angaben denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Zusammenfassend ist der Diagnosestellung durch die MEDAS Bern im vorliegenden Verfahren voller Beweiswert zuzuerkennen.

3.3.2

a) In einem nächsten Schritt ist auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung einzugehen. Der Beschwerdeführer bringt vor, das gesamtgutachterliche Ergebnis sei mit Blick auf das neuropsychologische Teilgutachten nicht nachvollziehbar. Gemäss letzterem stehe ausser Frage, dass neuropsychologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen. Weshalb nun laut Gesamtgutachten doch wieder eine

Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliegen soll, sei unerfindlich. Es werde auch nicht begründet, wieso das Ergebnis des neuropsychologischen Gutachters nicht von Bedeutung sein soll.

Vorliegend ist zwar zutreffend, dass im fraglichen neuropsychologischen Teilgutachten im Zusammenhang mit der angestammten Tätigkeit davon die Rede ist, dass die Einschränkung des Rendements etwa 20 % betrage. Eine genaue Einschätzung der Belastbarkeit sei nicht möglich. Ein halbes Pensum (verbleibend: mindestens 50 %) sollte mindestens möglich sein. Was eine Verweistätigkeit anbelange, seien keine relevanten Einschränkungen des Rendements zu erwarten. Eine genaue Einschätzung der Belastbarkeit sei auch hier nicht möglich. Ein halbes Pensum (verbleibend: mindestens 50 %) sollte mindestens möglich sein (act. 50, S. 35). In der Gesamtbeurteilung wurde dann allerdings schlüssig begründet, weshalb aus bidisziplinärer Sicht gleichwohl von einer vollen Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert auszugehen sei. Demgemäss sei zu berücksichtigen, dass der Versicherte im Rahmen der angestammten Tätigkeit über zahlreiche berufliche Erfahrungen verfüge, die es ihm ermöglichen, bestimmte Abläufe routiniert durchzuführen, was evtl. Defizite, wie in der neuropsychologischen Untersuchung dargestellt, zum Teil nivelliere. Zudem lasse sich retrospektiv nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen, ob die aktuellen neuropsychologischen Defizite nicht bereits früher seit der Kindheit und Schulzeit des Versicherten bestanden hätten, diese jedoch später durch Routine und gesammelte berufliche Erfahrungen kompensiert werden konnten. Immerhin hätten laut den eigenen Angaben des Versicherten in der Schulzeit Schwierigkeiten in der Mathematik und der Schriftsprache bestanden. Die Gutachter schreiben zudem in diesem Zusammenhang, die neuropsychologisch definierten Einschränkungen in quantitativer Hinsicht seien auch auf das mögliche Vorliegen einer zugrunde liegenden psychischen Störung bezogen, welche jedoch gegenwärtig psychiatrisch und versicherungsmedizinisch nicht als relevant festgestellt werden könne (IV-act. 50, S. 18). Letztlich geht es bei einer bidisziplinären Begutachtung gerade um eine Konsensbeurteilung, bei der die Auswirkungen sämtlicher Befunde der beteiligten Fachdisziplinen in ihrer Gesamtheit, unter Berücksichtigung etwa auch von Wechselwirkungen, gewürdigt werden. Im Ergebnis besteht deshalb kein Anlass, an der gutachterlichen Einschätzung zu zweifeln, wonach die neuropsychologisch festgestellten Einschränkungen im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu keiner Reduktion derselben führen.

b) Es stellt sich nun generell die Frage, inwieweit bidisziplinär sowohl angestammt als auch adaptiert (hier unter Beachtung entsprechender Kriterien) von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Der Beschwerdeführer hält dafür, dass Dr. C. _____ die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur MEDAS Bern viel pessimistischer einschätze. Er verweist diesbezüglich auf den besagten IV-Arztbericht, wonach in der bisherigen Tätigkeit seit dem

13. Oktober 2016 bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, wobei dieser Wert sehr hoch gegriffen und nur an geschützter Stelle realisierbar sei (IV-act. 24). Des Weiteren wird auf die von Dr. C. _____ am 28. Juni 2018 durchgeführte Mini-ICF-Beurteilung (vgl. dazu act. 13.7) verwiesen. Demgemäss bestünden in verschiedener Hinsicht schwer-, mittel- oder leichtgradige Beeinträchtigungen, wobei anzunehmen sei, dass diese Beeinträchtigungen im ersten Arbeitsmarkt deutlich schwerer wiegen. Im Übrigen würden noch weitere Einschätzungen klar belegen, dass bloss eine Arbeitsfähigkeit im zweiten Arbeitsmarkt bestehe, so laut dem Schlussbericht des B&C Kurses 31 in der Projektwerkstatt, dem Bericht der Ergotherapeutin E. _____ sowie der F. _____ (vgl. act. 2.1, 2.3 und 2.5).

Den Ausführungen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist, wie erwähnt, zu berücksichtigen, dass die MEDAS Bern detailliert erläuterte, dass der Versicherte trotz seiner Einschränkungen über hinreichende Ressourcen verfüge. Es wurde nachvollziehbar aufgezeigt, dass beim Versicherten eine Persönlichkeitsakzentuierung vorliege, die eine regressive Haltung und auch die Entwicklung eines Schon- und Vermeidungsverhaltens erkläre. Dieses sei aber trotz erhöhter Stressvulnerabilität und Unsicherheiten in der Selbstregulation überwindbar (vgl. oben E. 3.2, insbesondere lit. c und e). Bedeutsam erscheint sodann auch die Angabe, dass die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung vom Versicherten angegebene subjektive Intensität der Müdigkeit und der Einschränkungen im Widerspruch zu den objektiven Ergebnissen und der klinischen Beobachtung gestanden habe, selbst wenn sich ansonsten keine Antwortverzerrungen, widersprüchliche Angaben, willentlich verfälschte Aussagen oder Leistungsinkonsistenzen gezeigt hätten (IV-act. 50 S. 18 f.). Letztlich ist auch darauf hinzuweisen, dass die gutachtlichen Abklärungen als fundierter erscheinen als die anamnestisch dokumentierten Untersuchungen der behandelnden Ärzte, denn anscheinend war der Versicherte zuvor noch nie spezifisch von einem neuropsychologischen Facharzt untersucht worden, obwohl dies mit Blick auf die Erkenntnisse der MEDAS Bern wohl indiziert gewesen wäre. Gerade aufgrund dieser Tatsache vermögen die Einschätzungen des behandelnden Arztes Dr. C. _____ die gutachtlichen Einschätzungen nicht umzustossen; dies gilt namentlich auch für das erwähnte Mini-ICF-APP, welches wesentlich grössere Beeinträchtigungen ausweist als jenes der MEDAS Bern vom 4. Februar 2019. Was die weiteren vom Beschwerdeführer zitierten Einschätzungen betreffend seine Arbeitsfähigkeit betrifft, so handelt es sich hierbei ausschliesslich um nicht-fachärztliche Einschätzungen. In dieser Hinsicht ist nach der Rechtsprechung zu beachten, dass es der Arzt ist, welcher sagt, inwiefern der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sich der Arzt vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkei-

ten des Versicherten wesentlich sind (so etwa, ob der Versicherte sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob er Lasten heben und tragen kann usw.). Der Berufsberater dagegen sagt, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten des Versicherten in Frage kommen, wobei unter Umständen entsprechende Rückfragen beim Arzt erforderlich sind (BGE 107 V 20 E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 1). Gemäss dieser klaren Aufgabenverteilung vermögen die besagten Einschätzungen, auf welche der Beschwerdeführer sich beruft, an der MEDAS-Beurteilung keine konkreten Zweifel zu erwecken.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, es würden auch somatische Leiden vorliegen (Arterielle Hypertonie; koronar atypische Thoraxschmerzen), ist dem entgegen zu halten, dass eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit nie dokumentiert wurde (vgl. den Bericht der Kardiologiepraxis Dr. G. _____ vom 29. November 2010, IV-act. 29). Im Gegenteil wurden die betreffenden Diagnosen vom Hausarzt Dr. H. _____ in dessen Bericht an die IV-Stelle vom 11. März 2017 unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-act. 16).

Zusammenfassend ist mit dem Gutachten der MEDAS Bern davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer sowohl angestammt als auch adaptiert eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

4. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, er sei nicht in der Lage, sich selber einzugliedern. Die IV-Stelle sei gehalten, z.B. eine Zielvereinbarung mit ihm zu treffen und Kostengutsprache für Integrationsmassnahmen mit Taggeldanspruch (z.B. für ein Aufbautraining) zu treffen. Das Vorbringen ist unbegründet. Es ist kein Grund ersichtlich, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen oder gar in die Wege zu leiten, da es dem Versicherten zumutbar ist, mittels der ihm obliegenden Selbsteingliederung eine Stelle zu finden, wo er seine gutachterlich auf 100 % festgesetzte Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwerblich verwerten kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_788/2015 vom 18. Dezember 2015).
5. Ausgehend von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu bestimmen.

Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte sowie eine andere leidensangepasste Tätigkeit kann die konkrete Ermittlung der Vergleichseinkommen offenbleiben.

Selbst wenn nämlich zugunsten des Beschwerdeführers ein Prozentvergleich (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.1 mit Hinweisen) und der nach der bundesgerichtlichen Praxis höchstzulässige Tabellenlohnabzug von 25 % (BGE 126 V 75) gewährt würde, resultierte ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von höchstens 25 % (vgl. zum Beispiel Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen IV 2018/180 vom 4. September 2019).

6. Bei diesem Ergebnis hat die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

7. 7.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erscheint die in vergleichbaren Fällen übliche Entscheidgebühr von Fr. 800.-- als angemessen. Sie ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss.

7.2

Es ist keine Parteientschädigung auszurichten, da der Beschwerdeführer unterliegt (Art. 61 lit. g ATSG e contrario) und da es sich bei der obsiegenden IV-Stelle um eine staatliche Einrichtung handelt (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 200 zu Art. 61 ATSG).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Entscheidgebühr von Fr. 800.-- auferlegt, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 18. Mai 2020