

200 14 327 IV
KOJ/TOZ/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. März 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 4. November 2008 unter Hinweis auf verschiedene, seit einem Unfall vom 2. April 2008 bestehende gesundheitliche Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin medizinische und berufliche Erhebungen durch, insbesondere veranlasste sie eine interdisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 12. April und 30. Mai 2011; act. II 74.2 und 75.1). Nach erfolgter Kritik durch den behandelnden Arzt, Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. Juli 2011 (act. II 79) holte die IVB - auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 1. März 2012 (act. II 100) - eine psychiatrische Zweitmeinung bzw. ein Gutachten bei Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein (Gutachten vom 5. September 2012; act. II 107). Nachdem eine am 7. Januar 2013 begonnene berufliche Abklärung in der Band-Genossenschaft aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden war (Akten der Invalidenversicherung [act. IIA] 144), verneinte die IVB mit Verfügung vom 25. September 2013 (act. IIA 150) einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen. Mit Vorbescheid vom 16. Januar 2014 (act. IIA 154) stellte sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 34 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Sie erwog hauptsächlich, dass aus medizinischer Sicht die Einschränkungen überwiegend somatischer Natur seien. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die bisherige Tätigkeit im ... sei nicht mehr zumutbar. Aus somatischer Sicht bestehe gemäss der Beurteilung von Dr. med. C._____ in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, keine Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, in Zwangshaltungen der HWS und LWS und mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, insbesondere keine

repetitiven Überkopfarbeiten, keine vornübergeneigten Arbeiten, kein repetitives Heben, Tragen und Bewegen von Lasten bis zu 15 kg) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10 bis 20 %. Aus psychiatrischer Sicht liege laut Dr. med. F. _____ zu Beginn eine Leistungsminderung von 30 % vor, welche aber nach einer Eingewöhnungsphase wegfallen werde. Daran hielt die IVB nach erhobenem Einwand vom 20. Februar 2014 (act. IIA 161) fest und wies mit Verfügung vom 3. März 2014 (act. IIA 163) das Rentenbegehren des Versicherten ab.

B.

In der Zwischenzeit hatte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) mit Verfügung vom 7. Juli 2009 (act. II 29 S. 1 f.) die an den Versicherten zuvor für die Folgen eines Leitersturzes erbrachten Versicherungsleistungen auf den 31. Juli 2009 hin eingestellt und einen Anspruch auf weitergehende Leistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) verneint, da die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und nach Prüfung der massgebenden Kriterien die Adäquanz zu verneinen sei. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 16. März 2010 (Akten der SUVA [act. III] 65) fest. Dieser Entscheid blieb unangefochten.

C.

Gegen die Verfügung der IVB vom 3. März 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 3. April 2014 Beschwerde. Er beantragt die Zusprechung einer Invalidenrente unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Eventuell sei die Sache zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Am 22. April 2014 stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nach entsprechender Aufforderung durch den Instruktionsrichter begründete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 19. Mai 2014 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Einreichung von Beilagen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. Mai 2014 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut. Gleichzeitig edierte er die Akten der SUVA, welche am 1. Juli 2014 beim Gericht eingingen.

Aufforderungsgemäss reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 4. Juli 2014 seine auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte, detaillierte Kostennote ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. März 2014 (act. IIA 163). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.2 Gemäss Art. 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 IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

2.4 Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik G._____ vom 10. November 2008 (act. II 8 S. 6 bis 21) wurden als Diagnosen ein Unfall vom 2. April 2008 (Leitersturz aus eineinhalb Metern auf einen Betonboden; Kontusionen der HWS, des Beckens, der LWS, des Okziputs rechts, des rechten Ellbogens und des linken Handgelenks, fragliche Kontusion der BWS), ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont sowie eine depressive Entwicklung (leichtgradiger Ausprägung) genannt (act. II 8 S. 6). Infolge Selbstlimitierung im Trainingsprogramm (Ergonomie-Trainingsprogramm) hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich

Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur ungenügend und nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Trainingsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Es bestehe zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen derzeit eine mindestens leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Hingegen sei eine körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeit (ohne andauerndes Arbeiten in vorgeneigter Rumpfposition und über Brusthöhe) mit den oben genannten Einschränkungen ganztags zumutbar (act. II 8 S. 14).

3.1.2 Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 5. Januar 2009 (act. II 17 S. 5 bis 7) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem ein persistierendes Zervikal- bis Panvertebralsyndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont und eine Periarthropathie der Hüfte rechtsbetont (evt. beginnende Coxarthrose) fest (act. II 17 S. 5). Die bisherige Tätigkeit im ... könne nicht mehr zu 100 % aufgenommen werden. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (act. II 17 S. 6).

3.1.3 Im Bericht vom 25. März 2009 (act. II 25 S. 13 bis 15) diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie FMH, ein chronisches zerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein Benommenheitsgefühl und Verkrampfungsgefühl der Kiefergelenke beidseits (wahrscheinlich funktioneller Genese), ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom links sowie eine chronische Depression (act. II 25 S. 13). Es bestünden degenerative Veränderungen der mittleren HWS und der unteren LWS mit chronischen Schmerzen lumbal; seit dem April 2008 (im Anschluss an ein leichtes Trauma) liege auch ein andauernder Schmerz zervikal und im Bereich der oberen BWS vor. Klinisch ergäben sich keine Hinweise auf eine Myelo-

pathie oder eine radikuläre Symptomatik. Das leichtgradige Karpaltunnelsyndrom verursache aktuell wenig Beschwerden und sei auch nicht weiter behandlungsbedürftig. Daneben bestehe weiterhin eine residuelle S1-Symptomatik. Das intermittierend bei Belastung auftretende Unsicherheitsgefühl, die Schwindelgefühle und das Verkrampfungsgefühl in den Kiefergelenken könnten von organischer Seite her nicht erklärt werden. Es fänden sich keine Hinweise auf eine zentral oder peripher vestibuläre Pathologie. Auch könnten diese Beschwerden nicht durch die degenerativen Veränderungen der mittleren HWS erklärt werden. Für eine zerebrale Symptomatik bestünden ebenfalls keine Anhaltspunkte. Insgesamt werde zusammen mit der etwas schwierigen Lebenssituation des Beschwerdeführers (vorbestehende Depression, Arbeitsunfähigkeit, aktuelle Versicherungsproblematik, verlorene Arbeitsstelle, ungenügende soziale Einbindung) eine funktionelle Komponente bezüglich der Schmerzverstärkung und auch der vorgenannten Beschwerden vermutet. Aus neurologischer Sicht drängten sich keine weiteren Abklärungen auf (act. II 25 S. 15).

3.1.4 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 4. April 2009 (act. II 25 S. 5 bis 9) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine chronische Depression sowie ein Benommenheitsgefühl und Verkrampfungsgefühl der Kiefergelenke beidseits (wahrscheinlich funktioneller Genese) fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei unter anderem ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom links (act. II 25 S. 5). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Aktuell sei die depressive Entwicklung derart im Vordergrund, dass auch andere Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Nach Rückbildung der Depression sollten körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten (ohne andauerndes Arbeiten in vorgeneigter Rumpfposition und über Brusthöhe) wahrscheinlich ganztags möglich sein (act. II 25 S. 6).

3.1.5 Im Bericht vom 31. August 2009 (act. II 31 S. 1 bis 6) nannte Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; act. II

31 S. 1). Die Prognose der psychischen Situation hänge zurzeit sehr von der Weiterentwicklung der somatischen Beschwerden ab (act. II 31 S. 2). Aus psychiatrischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit aktuell nicht zumutbar (act. II 31 S. 4).

3.1.6 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 3. Dezember 2010 (act. II 63) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine rezidivierende Depression (schwergradig; ICD-10 F32.2, F45.0), einen Status nach Sturz aus einer Höhe von zweieinhalb Metern vom 2. April 2008, einen solchen nach Schädelhirntrauma, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1, F62.0), multiple, zum Teil sekundäre Phobien (u.a. Sozial-, Agora- und Akrophobie; ICD-10 F40.1, F40.0, F40.2, F41.1, F41.0) sowie eine abhängige, passiv-aggressive, zum Teil impulsive Persönlichkeit (ICD-10 F60.7, F60.8; act. II 63 S. 2). Seit dem Unfall bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine Eingliederungsfähigkeit sei nicht vorhanden. Betreffend Arbeitsaufnahme liege eine dauerhafte Einschränkung vor (act. II 63 S. 6).

3.1.7 Dr. med. C. _____ hielt im Gutachten vom 12. April 2011 (act. II 74.2) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie ein chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom beidseits fest (act. II 74.2 S. 25 f.). In der klinischen Untersuchung hätten keine wesentlichen Einschränkungen der HWS- und LWS-Beweglichkeit sowie keine manifesten Paresen festgestellt werden können (act. II 74.2 S. 28). Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden könnten nur teilweise mit den objektivierbaren Befunden erklärt werden. Übereinstimmend mit den Voruntersuchungen hätten sich auch aktuell Hinweise auf eine subjektive, quantitative und qualitative Ausgestaltung der Beschwerden bzw. dysfunktionale Überzeugungen (hohe Schmerzintensität, topographisch weit ausgebreitete Schmerzen, gute spontane Bewegungsfähigkeit) ergeben (act. II 74.2 S. 29). Aus neurochirurgischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (act. II 74.2 S. 30). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, keine Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, in Zwangshaltungen der HWS

und LWS und mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, insbesondere keine repetitiven Überkopfarbeiten, keine vornübergeneigten Arbeiten, kein repetitives Heben, Tragen und Bewegen von Lasten bis zu 15 kg) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10 bis 20 % (act. II 74.2 S. 32).

Dr. med. D._____ diagnostizierte im Gutachten vom 30. Mai 2011 (act. II 75.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22). Als Differenzialdiagnose nannte er eine leichte depressive Episode, aktuell gebessert (ICD-10 F32.1; act. II 75.1 S. 32). Aus psychiatrischer Sicht seien die von Dr. med. E._____ gestellten Diagnosen einer PTBS und einer Persönlichkeitsstörung nach einem Leitersturz aus dokumentierten eineinhalb Metern nicht nachvollziehbar (act. II 75.1 S. 36). Es bestünden zudem krankheitsfremde Faktoren (act. II 75.1 S. 40). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Tätigkeit zu sechs Stunden pro Tag, entsprechend einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit zumutbar; hierbei bestehe keine Leistungsminderung (act. II 75.1 S. 41 f. Ziff. 4, 10 und 14).

Nach interdisziplinärer Absprache gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar sei (act. II 76 S. 3). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, keine Tätigkeiten mit Haltings- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, in Zwangshaltungen der HWS und LWS und mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, insbesondere keine repetitiven Überkopfarbeiten, keine vornübergeneigten Arbeiten, kein repetitives Heben, Tragen und Bewegen von Lasten bis zu 15 kg) eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche; dabei bestehe keine Leistungsminderung (act. II 76 S. 3 f.).

3.1.8 Hierzu nahm Dr. med. E._____ am 1. Juli 2011 Stellung und kam im Wesentlichen zum Schluss, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D._____ vom 30. Mai 2011 (act. II 75.1) mit Blick auf die Schwere der Krankheit des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar sei. Das Gutachten entspreche nicht der klinischen Realität und stelle die Diagnosen bzw. den Zustand falsch dar (act. II 79 S. 1).

3.1.9 Dr. med. F. _____ führte im Gutachten vom 5. September 2012 (act. II 107) als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Verbitterungsstörung (ICD-10 F43), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie eine Migrationsproblematik (ICD-10 Z60.3) auf. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die im neurochirurgischen Gutachten vom 12. April 2011 (act. II 74.2) gestellten Diagnosen (act. II 107 S. 22). Die diagnostischen Kriterien einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 43.22) seien nicht ausreichend erfüllt. Es sei davon auszugehen, dass die aufgetretenen psychosozialen Belastungsfaktoren (so auch der Kinderwunsch der Ehefrau des Beschwerdeführers) die Anpassungsstörung unterhalten würden (act. II 107 S. 25 f.). Ebenfalls seien die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode (ICD-10 F32, F33) nicht ausreichend erfüllt. Der Beschwerdeführer sei weder unschlüssig noch unentschlossen. Er habe dem Untersuchungsablauf folgen können, die Konzentrationsfähigkeit sei wechselnd gewesen. Der Beschwerdeführer sei weder anhaltend psychomotorisch gehemmt noch agitiert gewesen. Er habe über Schlafstörungen geklagt. Damit verbunden sei eine mangelhafte Schlafhygiene (spät zu Bett gehen, spät aufstehen, tagsüber schlafen; act. II 107 S. 26 f.). Des Weiteren seien die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.0 nicht gegeben. Es lägen degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat vor. Bei der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer weder auf weitere Abklärungen noch auf weitere Behandlungen gedrängt. Er habe darauf hingewiesen, dass sein Problem psychisch bedingt sei. Für ihn stehe die Tatsache im Zentrum, dass die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Mit der Symptomausgestaltung sei eher von einer dysfunktionalen Unfallverarbeitung oder einer Aggravation im Rahmen der Versicherungsabklärungen auszugehen (act. II 107 S. 27). Für die Diagnose einer chronifizierten PTBS mit dazugehöriger Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F43.1, F62) fehle das Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung, welches bei jeder Person eine tiefgreifende Ver zweiflung auslösen würde. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis leide der Beschwerdeführer nicht an Flashbacks, sondern an einer Verärgerung über die Unfallursache und an einer Kränkung. Er klage über mangelnde Hilfestellungen bei der beruflichen Reintegration. Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung dürfe nur gestellt werden, wenn keine vorbestehende

Persönlichkeitsstörung vorgelegen habe und wenn die psychische Verhaltensänderung nicht Folge einer vorangegangenen psychischen Störung sei (act. II 107 S. 28). Bei Betrachtung der bisherigen Lebensbiografie des Beschwerdeführers fielen keine besonderen Merkmale auf, welche deutlich vom Verhalten der Norm abweichen würden. Der Beschwerdeführer sei von verschiedenen Arbeitgebern als hilfsbereit, kollegial und verantwortungsbewusst beschrieben worden. Nach der Art der Störung und der Beeinträchtigungen sowie den anamnestischen Angaben sei vorliegend am ehesten von einer Verbitterungsstörung auszugehen. Diese würde das Beschwerdebild des Beschwerdeführers am besten erklären. Die Störung sei häufig. Zur Behandlung seien Aktivitätsaufbau, Wiederaufbau von Sozialkontakten und Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen wesentlich, welche zu einem Perspektivenwechsel führen würden. In diesem Sinne fördere die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit die Gesundung des Beschwerdeführers. Für dessen Bedürfnisse belastend wirke sich der Migrationshintergrund mit der in der Schweiz nicht anerkannten Berufsausbildung im Heimatland aus (act. II 107 S. 29). Bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schloss sich Dr. med. F. _____ im Wesentlichen der Einschätzung der Gutachterin Dr. med. C. _____ an, wobei zu Beginn eine Leistungsminderung von 30 % bestehe, welche sich aber schnell verbessern werde (act. II 107 S. 22 Ziff. 4.1 und S. 31 f.).

3.1.10 Stellung nehmend dazu hielt Dr. med. J. _____ im Bericht vom 12. Dezember 2012 (act. II 125) fest, dass seit dem Unfall von 2008 eine gewisse Stabilisierung eingetreten sei, was jedoch nicht heisse, es gehe dem Beschwerdeführer heute psychisch gut. Er benötige immer noch eine regelmässige psychiatrische Betreuung und hochdosierte Psychopharmaka. Seine Stimmung sei immer noch stark schwankend, wobei die depressiven Phasen ganz klar überwiegen würden. Es hätten sich einzig die Suizidalität und der Alkoholabusus zurückgebildet.

3.1.11 Im ausführlichen Bericht vom 1. Februar 2013 (act. IIA 138) kritisierte Dr. med. E. _____ das Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 5. September 2012 (act. II 107) als mit einer Vielzahl von Fehlern, Ungenauigkeiten und qualitativen Mängeln behaftet. Das Gutachten sei insbesondere bezüglich der Zusammenfassung der Aktenlage bzw. der

Anamnese- und Befunderhebung mangelhaft. Die psychiatrische Gutachterin habe wesentliche Elemente systematisch zu Lasten des Beschwerdeführers ausgelassen (act. IIA 138 S. 2 ff.). Weiter mangle es dem Gutachten an einer schlüssigen Begründung der Arbeitsfähigkeitseinschätzung (act. IIA 138 S. 26 f.). Sodann habe die Untersuchung nur eineinhalb Stunden gedauert, was klar ungenügend sei (act. IIA 138 S. 2). Schliesslich seien der Gutachterin die Existenz des Beschwerdeführers und „auch somit die Todesmöglichkeit dieser Person“ völlig gleichgültig (act. IIA 138 S. 14).

3.1.12 Dr. med. J. _____ führte im Bericht vom 16. Februar 2013 (act. IIA 145) aus, dass der aktuelle Gesundheitszustand weiterhin unbefriedigend sei. Trotz der somatischen und psychiatrischen Behandlungen habe sich der Beschwerdeführer nicht befriedigend erholen können (act. IIA 145 S. 2).

3.1.13 Im Bericht vom 13. Juni 2013 (act. IIA 148) hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, fest, dass, selbst wenn Dr. med. E. _____ mit der Kritik im Bericht vom 1. Februar 2013 (act. IIA 138) nicht in allen Punkten falsch liegen möge, das Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 5. September 2012 (act. II 107) insgesamt nachvollziehbar und schlüssig sei, da die Befunderhebung und die versicherungsmedizinische Beurteilung mit dem Vorgutachten stark übereinstimmten. Bei akribischer Betrachtung zeigten sich praktisch bei jedem Gutachten Ungenauigkeiten (act. IIA 148 S. 2). Weiter seien aus dem Bericht von Dr. med. J. _____ vom 16. Februar 2013 (act. IIA 145) keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ersichtlich. Es bestehe daher kein Anlass, vom Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. F. _____ vom 5. September 2012 (act. II 107) abzuweichen. Darauf sei weiterhin abzustellen (act. IIA 148 S. 3).

3.1.14 Dr. med. E. _____ bekräftigte mit Bericht vom 10. Oktober 2013 (act. IIA 152), dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig sei.

3.1.15 Im Bericht vom 8. Februar 2014 (act. IIA 161 S. 3 f.) hielt Dr. med. J. _____ fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten Bericht vom 16. Februar 2013 (act. IIA 145) nicht we-

sentlich verändert habe. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mit einer Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit könne aus gesundheitlichen Gründen auch in naher Zukunft nicht gerechnet werden (act. IIA 161 S. 3).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 3. März 2014 (act. IIA 163) massgeblich auf die Gutachten der Dres. med. C._____ und F._____ vom 12. April 2011 und 5. September 2012 (act. II 74.2 und 107) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesen volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der me-

dizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die beiden Gutachten in Übereinstimmung untereinander, so dass darauf abzustellen ist.

3.3.1 Dr. med. C._____ hat im Gutachten vom 12. April 2011 (act. II 74.2) überzeugend und schlüssig dargelegt, dass aus neurochirurgischer Sicht bzw. aufgrund der Beeinträchtigungen entlang der Wirbelsäule die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist (act. II 74.2 S. 30 Ziff. 1 und 2), hingegen in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, keine Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der HWS und LWS, in Zwangshaltungen der HWS und LWS und mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, insbesondere keine repetitiven Überkopfarbeiten, keine vornübergeineigten Arbeiten, kein repetitives Heben, Tragen und Bewegen von Lasten bis zu 15 kg) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10 bis 20 % besteht (act. II 74.2 S. 32). Diese Beurteilung findet in den Berichten der Rehaklinik G._____ vom 10. November 2008 (act. II 8 S. 14) und von Dr. med. H._____ vom 5. Januar 2009 (act. II 17 S. 6) ihren Rückhalt und lässt sich ohne weiteres in das von Dr. med. I._____ gezeichnete Gesamtbild einfügen (Bericht vom 25. März 2009; act. II 25 S. 15).

Hieran vermögen die Berichte von Dr. med. J._____ vom 4. April 2009, 12. Dezember 2012, 16. Februar 2013 und 8. Februar 2014 (act. II 25 S. 5 bis 9, II 125, IIA 145, IIA 161 S. 3 f.) nichts zu ändern. Sie enthalten keine somatischen Befunde resp. wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. C._____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Die von Dr. med. J._____ beschriebenen organisch begründeten Beschwerden sind unbestritten.

Der vom Beschwerdeführer im Laufe des Beschwerdeverfahrens eingereichte und nach dem Zeitpunkt der Verfügung vom 3. März 2014 (act. IIA 163) ergangene Operationsbericht von Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 25. März 2014 samt Arbeitsunfähigkeitsattest vom 1. April 2014

(Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2 und 3), in welchem eine Knieoperation rechts vom 24. März 2014 festgehalten wird, ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles unerheblich, da der angefochtene Entscheid die (zeitliche) Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 131 V 9 E. 1 S. 11).

3.3.2 Dr. med. F._____ hat im Gutachten vom 5. September 2012 (act. II 107) nachvollziehbar dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. II 107 S. 22 und 25 ff.). Sie hat eingehend und überzeugend begründet, dass und weshalb die diagnostischen Kriterien einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, einer depressiven Episode, einer somatoformen Schmerzstörung, einer chronifizierten PTBS und einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sind (act. II 107 S. 25 bis 29). Sie kam sodann nachvollziehbar zum Schluss, dass vorliegend einzig die somatisch bedingten Einschränkungen massgebend sind bzw. betreffend Zumutbarkeitsprofil auf die Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 12. April 2011 (act. II 74.2 S. 32) abzustellen ist; dabei besteht zu Beginn eine Leistungsminderung von 30 %, welche sich aber schnell verbessern wird (act. II 107 S. 22 Ziff. 4.1 und S. 31 f.).

Hieran vermögen der Bericht von Dr. med. K._____ vom 31. August 2009 (act. II 31 S. 1 bis 6) und das Gutachten von Dr. med. D._____ vom 30. Mai 2011 (act. II 75.1) nichts zu ändern. Dr. med. F._____ hat - wie bereits dargelegt - ausführlich begründet, dass die diagnostischen Kriterien der von diesen Psychiatern diagnostizierten Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt bzw. depressiven Episode (act. II 31 S. 1, act. II 75.1 S. 32) nicht erfüllt sind (act. II 107 S. 25 f.). Gleich verhält es sich auch mit den Berichten von Dr. med. J._____ vom 4. April 2009, 12. Dezember 2012, 16. Februar 2013 und 8. Februar 2014 (act. II 25 S. 5 bis 9, II 125, IIA 145, IIA 161 S. 3 f.), in welchen von einem depressiven Geschehen ausgegangen wird. Weiter gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. J._____ als Facharzt für Allgemeine Innere

Medizin nur beschränkt über die für die Beurteilung der Auswirkungen des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers erforderliche Fachkompetenz verfügt, weshalb auf seine Beurteilung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

Auch aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. E._____ vom 3. Dezember 2010, 1. Juli 2011, 1. Februar 2013 und 10. Oktober 2013 (act. II 63, II 79, IIA 138, IIA 152) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zunächst geht der Psychiater betreffend Unfallfolgen von einem falschen Sachverhalt, nämlich einem angeblichen Schädelhirntrauma aus (act. II 63 S. 2); ein solches hat jedoch gemäss den echtzeitlichen Arztberichten beim fraglichen Leitersturz nicht stattgefunden (act. II 15 S. 58 und 62). Sodann lassen sich die vom Psychiater gestellten Diagnosen eines depressiven Geschehens, einer Persönlichkeitsstörung und einer PTBS - wie oben bereits ausgeführt - mangels entsprechender Befunde nicht bestätigen (act. II 107 S. 25 bis 29). Insbesondere ist betreffend letztere Diagnose - wie Dr. med. F._____ zutreffend ausgeführt hat (act. II 107 S. 28) - kein Ereignis ersichtlich, welches geeignet wäre, eine PTBS auszulösen (zum traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Juli 2010, 8C_754/2009, E. 5.3.3). Weiter kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an (act. IIA 138 S. 2). Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des BGer vom 28. November 2013, 9C_263/2013, E. 5.4), was vorliegend der Fall ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des BGer vom 11. Juli 2012, 8C_215/2012, E. 7.3). Für die Annahme, dass die psychiatrische Exploration durch Dr. med. F._____ nicht sorgfältig vorgenommen wurde oder das Mass an gutachtlicher Eigenwahrnehmung unzureichend war, liegen keine Anhaltspunkte vor. Dass die Gutachterin im Rahmen der Zusammenfassung der Aktenlage bzw. der Anamneseerhebung die entsprechenden Angaben allenfalls unzutreffend wiedergegeben hat, vermag den Beweiswert ihrer Expertise allein nicht zu schmälern bzw. kann in solchen Ungenauigkeiten kein deutliches Indiz für eine unsorgfältige Arbeit in

genereller Hinsicht erblickt werden. Zeigen sich doch - wie der RAD-Psychiater Dr. med. L. _____ im Bericht vom 13. Juni 2013 zutreffend dargelegt hat (act. IIA 148 S. 2) - bei akribischer Betrachtung praktisch bei jedem Gutachten Ungenauigkeiten. Eine solche Betrachtungsweise liegt dem Bericht von Dr. med. E. _____ vom 1. Februar 2013 (act. IIA 138) in ausgeprägtem Masse zu Grunde, wobei nicht von der Hand zu weisen ist, dass der behandelnde Psychiater seinerseits zu tendenziösen Unterstellungen zu Lasten der Gutachterin tendiert. Anders lassen sich beispielsweise die Bemerkungen zur zusammenfassenden Darstellung der Aktenlage (act. II 107 S. 2 ff.), welche notgedrungen Lücken aufweist, nicht interpretieren. Dass damit systematisch Auslassungen zu Lasten des Beschwerdeführers beabsichtigt gewesen wären (act. IIA 138 S. 2 ff.), ist bei objektiver Betrachtungsweise unhaltbar. Geradezu abwegig ist der Vorwurf von Dr. med. E. _____, der Gutachterin seien die Existenz des Beschwerdeführers und auch „die Todesmöglichkeit dieser Person“ völlig gleichgültig (act. IIA 138 S. 14). Abgesehen davon, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353), lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; Gründe, welche dies ausnahmsweise aufdrängen würden, liegen hier nicht vor (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

Schliesslich vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers die Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. med. F. _____ ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Soweit der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin aufgrund einer Notiz eines Sachbearbeiters im Juli 2010, wonach der vorliegende Fall „nach somatoformer Schmerzstörung rieche“ (act. II 56 S. 2), Voreingenommenheit vorwirft (vgl. Beschwerde, S. 4), ist dies offensichtlich unbegründet, zumal in der Folge im Hinblick auf eine allfällige Beteiligung psychischer Komponenten am Beschwerdebild eine interdisziplinäre Begutachtung gerade auch mit psychiatrischer Abklärung angeordnet wurde

(act. II 74.2, 75.1 und 76). Was den vorzeitigen Abbruch der beruflichen Abklärung im Februar 2013 (act. IIA 144 S. 2) angeht (vgl. Beschwerde, S. 4 f.), so ist darauf hinzuweisen, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den Ärzten obliegt (Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2). Der Berufsberater hingegen hat aufgrund des medizinischen Anforderungsprofils zu sagen, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Betracht fallen (Entscheid des BGer vom 7. Oktober 2009, 9C_624/2009, E. 4.1.1). Im Übrigen war im Abklärungsbericht der Band-Genossenschaft vom 14. Februar 2013 (act. IIA 144) von einer während der zufolge vorzeitigen Abbruchs nur kurzen Abklärungszeit beobachteten Betonung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer und der sich daraus ergebenden häufigen Entlastungspausen die Rede (act. IIA 144 S. 2). Schliesslich erübrigen sich Weiterungen zur somatoformen Schmerzstörung (vgl. Beschwerde, S. 7 f.), da sich eine solche gutachterlich nicht bestätigen liess (act. II 107 S. 27).

3.3.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung der Dres. med. C._____ und F._____ einzig die somatisch bedingten Einschränkungen massgebend sind und damit von einer vollen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 15 % (entsprechend dem Mittelwert der von Dr. med. C._____ angegebenen und von Dr. med. F._____ bestätigten 10 bis 20 %; zum arithmetischen Mittel: Entscheid des BGer vom 19. August 2009, 9C_226/2009, E. 3.2) in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Davon ausgehend ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.

4.1

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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 4. November 2008 (act. II 2) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) der 1. Mai 2009. Der Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.2.1 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der N._____ AG unfallbedingt aufgeben musste bzw. im Gesundheitsfall (vorerst, vgl. E. 4.3 hiernach) weiterhin dort tätig gewesen wäre (act. II 7 S. 2 und 5), weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt (ohne Invalidität) erzielten Lohnes festzusetzen ist. Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Verdienst im Jahr 2008 Fr. 73'502.-- betragen (act. II 7 S. 3 Ziff. 12). Angepasst an die Lohnentwicklung bis 2009 ergibt dies ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 74'978.20 (Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.93_I, Nominallohnindex Männer 2002 - 2010, Abschnitt F [Baugewerbe], Index Jahr 2008: 119.5 Punkte, Index Jahr 2009: 121.9 Punkte).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE für das Jahr 2008 (abrufbar unter www.bfs.admin.ch) beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Anforderungsniveau 4, Total, Männer) Fr. 4'806.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die Nominallohnentwicklung per 2009 (Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.93_I, Nominallohnindex Männer 2002 - 2010, Abschnitt „Total“, Index Jahr 2008: 120.0 Punkte, Index Jahr 2009: 122.5 Punkte) als auch an die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2009 von 41.6 Stunden (abrufbar auf www.bfs.admin.ch) ergibt dies - unter Berücksichtigung der 15 %igen Leistungseinschränkung - ein jährliches Einkommen von Fr. 52'044.15. Bei einem nicht zu beanstandenden leidensbedingten Abzug von 10 % (act. IIA 163 S. 2; vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3) beträgt das Invalideneinkommen Fr. 46'839.70.

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'978.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'839.70 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 28'138.50, was einem IV-Grad von gerundet 38 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) entspricht. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

An diesem Ergebnis ändert der im April 2010 eingetretene Konkurs der N._____ (vgl. www.zefix.ch) nichts. Ab jenem Zeitpunkt ist das Validen-

einkommen ebenfalls auf der Grundlage der LSE zu bestimmen, wobei angesichts der vom Beschwerdeführer in der Schweiz ausgeübten Hilfsarbeitertätigkeiten gleich wie beim Invalideneinkommen vom Anforderungs niveau 4 auszugehen ist. Damit bestimmen sich die beiden Vergleichseinkommen nach demselben Tabellenwert, so dass der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn entspricht (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis). Bei einer Leistungseinschränkung von 15 % und einem Tabellenlohnabzug von 10 % resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von (gerundet) 24 %.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 3. März 2014 (act. IIA 163) als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 21. Mai 2014) wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

5.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Fürsprecher B. _____ vom 4. Juli 2014 über den Betrag von Fr. 2'632.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 9.25 Stunden wird das amtliche Honorar auf Fr. 1'850.-- (9.25 x Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 69.20 und 8 % Mehrwertsteuer (auf Fr. 1'919.20) von Fr. 153.55, somit insgesamt auf Fr. 2'072.75 festgesetzt und Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird

der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'632.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'072.75 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.