

200 16 1195 IV  
SCI/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Mai 2017**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. November 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1973 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 2. April 2013 aufgrund einer Ohrproblematik mit Schwindel bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2, 3/3). Die IVB führte in der Folge ein Erstgespräch durch, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und holte eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 9, 11 ff., 16, 23, 25 f., 31 - 34). Nachdem die IVB am 7. Oktober 2013 Arbeitsvermittlung gewährt hatte, wurde diese aufgrund einer bevorstehenden Operation und der unklaren medizinischen Situation nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 24. Februar 2014 abgeschlossen (AB 36, 38, 41). Im weiteren Verlauf liess die IVB den Versicherten durch die MEDAS in ... interdisziplinär begutachten (Expertise vom 14. März 2016 [AB 81.1]). Daraufhin stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. August 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 12 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (AB 84). Der Versicherte liess dagegen durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ Einwände erheben (AB 88, 91), woraufhin die IVB eine Stellungnahme des RAD einholte (AB 93) und am 2. November 2016 wie angekündigt verfügte (AB 94).

### **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 5. Dezember 2016 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter beantragt er, es sei eine neurootologische und eine neurologische Ergänzungsbegutachtung anzuordnen und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gleichzeitig stellt er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt, alles unter Kosten- und Entschädigungs-

folge. Mit Eingabe vom 30. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer eine in Aussicht gestellte Stellungnahme von PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Spital D.\_\_\_\_\_, vom 19. Dezember 2016 ein (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 13). Gleichzeitig zog er das mit der Beschwerde vom 5. Dezember 2016 gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne. Gleichzeitig reicht sie eine Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 14. Dezember 2016 und eine Stellungnahme der gleichen RAD-Ärztin vom 13. Januar 2017 zum Bericht von PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. Februar 2017 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf, eine vollständige Auflistung der Untersuchungen, Abklärungen und Behandlungen seit dem 18. November 2016 sowie die diese Abklärungen betreffenden Berichte einzureichen. Die entsprechenden Angaben und Unterlagen gingen am 7. März 2017 beim Gericht ein.

Auf die Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen, verzichteten beide Parteien.

### **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 – soweit den Rentenanspruch betreffend – einzutreten (vgl. E. 1.2 hiernach).

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 2. November 2016 (AB 94). Soweit der Beschwerdeführer die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verlangt (Beschwerde S. 6), ist darauf nicht einzutreten. Denn in der angefochtenen Verfügung wurde nicht über berufliche Massnahmen entschieden, so dass es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung fehlt (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

**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 Er-

werbsmöglichkeiten 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

**2.3** 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 Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### 3.

Der Beschwerdeführer meldete sich im April 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (AB 2). Den Akten ist zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2013 (AB 11/6 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an Ohrproblemen und sei schon fünf Mal operiert worden. Intermittierend bestünden auch Schwindelbeschwerden, aufgrund welcher am XX.XX.2012 ein (weiterer) operativer Eingriff durchgeführt worden sei. Im Anschluss an die Operation habe der Beschwerdeführer stärkeren Schwindel gehabt, der es ihm verunmöglicht habe zu arbeiten. Die Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bestehe seit dem XX.XX.2012 und bestehe bis auf Weiteres. Gefährliche Arbeiten, die das Gleichgewicht benötigten, sollten möglichst vermieden werden. Arbeit am Computer oder aber Arbeit ohne Gefahrgut sollten gut möglich sein.

**3.2** Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Spital G. \_\_\_\_\_, empfahl im Bericht vom 27. Juni 2013 (AB 23/2 f.) die rasche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Teilzeitpensum jeweils halbtags mit einer langsamen Steigerung in den nächsten drei bis sechs Monaten.

**3.3** Im Verlaufsbericht vom 12. August 2013 (AB 25) berichteten die behandelnden Fachärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand und hielten fest, dass Tätigkeiten im Sitzen gut möglich seien.

Im Bericht vom 20. Januar 2014 (AB 39) wurde festgehalten, die am XX.XX.2014 (richtig: XX.XX.2014 [AB 46/9 f.]) durchgeführte Operation sei mit grösserer Wahrscheinlichkeit hilfreich, die Symptome zu mindern, nicht

für das Gehör, jedoch für die Gleichgewichtsorgane. Die Schwindelbeschwerden sollten mit einer grossen Wahrscheinlichkeit im Verlauf der nächsten drei Monate deutlich besser werden. Der Beschwerdeführer sollte spätestens ab Mitte März 2014 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein.

Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom Spital D.\_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 8. Juli 2014 (AB 46/7 f.) an, der Verlauf seit der letzten Operation sei unverändert. Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über rezidivierende Schwindelepisoden, welche invalidisierend seien. Der Schwindel, induziert durch einen hypermobilen Stapes, habe durch die letzte Operation behandelt werden können und trete nicht mehr auf. Allerdings habe in der heutigen Untersuchung eine Verstärkung und Persistenz des Schwindels mit einem sichtbaren Upbeat-Nystagmus gesehen werden können.

**3.4** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 3. August 2014 (AB 46/1 - 6) an, die depressiven Verstimmungen habe der Beschwerdeführer im Zuge seiner chronischen Ohrenerkrankung und der damit verbundenen Beschwerden und Einschränkungen entwickelt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage zur Zeit 100 % wegen der Schwindelsymptomatik, aus psychiatrischer Sicht dürfte die Einschränkung 50 % betragen, wobei diese eng verknüpft sei mit der Affektion des Gleichgewichtsorgans respektive der Reizverarbeitung. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ verwies zudem auf frühere psychiatrische Behandlungen und empfahl otorhinolaryngologische und neurologische Abklärungen.

**3.5** Im Bericht vom 4. Dezember 2014 (AB 54/4 f.) zur interdisziplinären (Neurootologie, HNO und Neurologie) Schwindelsprechstunde des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2014 gaben die behandelnden Ärzte an, es handle sich um ein chronisches vestibuläres Syndrom unklarer Ursache. Die Prognose sei bei noch unklarer Diagnose ungewiss. Der Beschwerdeführer werde in der Orthoptik sowie in der Klinik für Neurologie inklusive Schlaflabor weitere Abklärungen erhalten. Im vom gleichen Tag datierten Verlaufsbericht des oben erwähnten Spitals (AB 54/1 - 3) wurde von einem stationären Gesundheitszustand berichtet und eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit seit November 2013 angegeben.

**3.6** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 (AB 56) gaben die behandelnden Ärzte an, der Beschwerdeführer klage über Sehstörungen bei Anstrengung und tägliche Kopfschmerzen. Es bestehe eine diskrete Heterophorie, welche gut kompensiert sei. Heute finde sich kein Nystagmus. Für den Schwindel sei keine okuläre Ursache gefunden worden.

**3.7** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2015 (AB 58/2 f.) gaben die behandelnden Ärzte an, es habe keine relevanten Auffälligkeiten im geprüften neurologischen Status (bei bekannten HNO-Defiziten) gegeben. Die Ursache und Einordnung der geschilderten unwillkürlichen Bewegungen (multiform und vordergründig nachts, vereinzelt den Kopf betreffend tags) bleibe vorerst unklar. Eine Mitrolle dürfte die depressive Stimmungslage (DD reaktiv) spielen, welche aufgrund der anamnestischen Angaben (Vortherapie mit Antidepressivum, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, verminderter Antrieb u.a.) habe erhärtet werden können. Das Ausfüllen des BDI (Fragebogen zur Depression) habe der Beschwerdeführer verweigert.

**3.8** Im Verlaufsbericht vom 8. März 2015 (AB 55) hielt der Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, die Arbeitsunfähigkeit liege aufgrund der Schwindelproblematik bei 100 %. Aus psychiatrischer Sicht sei durch den Verlust des Gehörs rechts und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Alltag eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu veranschlagen, wobei diese eng verknüpft sei mit der Affektion des Gleichgewichtsorgans bzw. der Reizverarbeitung.

**3.9** Am 2. April 2015 berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit einer neurootologischen Untersuchung vom 10. Februar 2015 über einen stationären Verlauf. Die Diagnose bleibe weiterhin unklar. Unter VNS zeige sich kein Spontannystagmus, auch beim Kopfschütteln nicht. Im Rosemanöver sehe man einen Upbeat-Nystagmus transitorisch. Der Kopfpulstest sei pathologisch auf der linken Seite. Gang und Koordination seien unauffällig und der Romberg werde sicher gestanden (AB 59).

**3.10** Nachdem eine Actigraphie (AB 60/6 f.) eine mangelnde Schlafhygiene aufgezeigt hatte und eine Polysomnographie (AB 60/4) durchgeführt worden war, berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ am 13. April 2015 (AB 60/2 f.) von einer Einschlaf- und Durchschlafinsomnie aktuell noch unklarer Ursache, periodischen Beinbewegungen im Schlaf und einem leichten Schlafapnoesyndrom.

Im undatierten Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ zur Actigraphie vom 6. Mai 2015 (AB 67/6) gaben die behandelnden Ärzte eine mangelnde Schlafhygiene an und berichteten von einer schlechten Übereinstimmung zwischen Patientenprotokoll und aktimetrischen Daten.

**3.11** Zur Verlaufskontrolle im Spital D. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2016 gaben die behandelnden Ärzte am 7. Juli 2015 (AB 68) an, der Beschwerdeführer beschreibe unveränderte Symptome mit täglichem Schwanke- und Drehschwindel sowie Gangunsicherheit. Dies bestätige eine Insomnie, Schlafapnoesyndrom sowie periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS). Unter der VNS zeige sich kein Spontannystagmus. Im Rosemanöver sei keine Upbeat-Nystagmus auslösbar, aber auch beim Kopfschütteltest. Der Kopfpulstest sei unauffällig beidseits.

**3.12** Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 14. März 2016 (AB 81.1) mit Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Ophthalmologie und HNO gaben die Experten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an (AB 81.1/30):

1. Kombinierte Schwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.8)
  - Zustand nach mehrmaligen Mittelohrrevisionen, letztmalig Radikalhöhlenoperation rechts ohne ossikuläre Rekonstruktion 01/2014
2. Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1)
  - aktuell mittelgradig kompensiert
3. Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H81.3)
  - periphere vestibuläre Funktionsstörung links
  - Up-Beat Nystagmen unklarer Zuordnung

Als (Haupt-)Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter die Folgenden auf (AB 81.1/30):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Schlafstörungen multifaktoriell bedingt (ICD-10 G47)
3. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)
4. Chronische Benetzungsstörung (ICD-10 H19.3)
5. Latentes Aussenschielen (ICD-10 H50.5)
6. Aktenanamnestisch Status nach Ganglionexzision am linken Handgelenk 2003 (ICD-10 Z98.8)
7. Nikotionabusus (ICD-10 F17.1)

In der Gesamtbeurteilung gaben die Gutachter an (AB 81.1/31 f.), aus *oto-rhinolaryngologischer* Sicht bestehe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem sturzgefährdende Tätigkeiten für den Beschwerdeführer nicht geeignet seien. Das berufsmässige Führen eines ... sollte gemieden werden, diesbezüglich sei auch die angestammte Tätigkeit mit Bedienen eines ... nicht geeignet. Insgesamt müsse aufgrund der Beschwerdesymptomatik mit bewegungsabhängigen Drehschwindelbeschwerden von einem verminderten Arbeitstempo ausgegangen werden, so dass zusätzlich eine Leistungseinschränkung von 20 % bestehe. In einer angepassten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung der erwähnten qualitativen Einschränkung aus *ORL-Sicht* eine Leistungseinschränkung von 20 %. Bei der *neurologischen* Untersuchung habe eine multifaktoriell bedingte Schlafstörung diagnostiziert werden können. Es bestünden anamnestisch periodische Beinbewegungen, welche eine Nebenwirkung der antidepressiven Medikation sein könnten. Eine polysomnographische Untersuchung habe den Nachweis eines leichten Schlafapnoesyndroms mit einem Apnoe-Hypnoe-Index von 7.0/h ergeben. Es handle sich dabei um einen sehr diskreten Befund und die Indikation zur CPAP-Therapie sei nur schwierig nachvollziehbar. Ausserdem bestehe eine eingeschränkte Schlafhygiene, welche wahrscheinlich an erster Stelle bezüglich Ursache der Schlafstörungen stehen dürfte. Aus neurologischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können und es bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei der *ophthalmologischen* Untersuchung habe an beiden Augen ein altersentsprechender Normalbefund mit voller Sehschärfe und gutem Stereosehen bestanden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus ophthalmologischer Sicht nicht eingeschränkt. Bei der *orthopädischen* Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte mit Inkonsistenzen im Verlauf der Untersuchung gezeigt. Auch an den oberen und unteren Extremitäten habe

eine freie Beweglichkeit bestanden. Seitens des Bewegungsapparates hätten keine höhergradigen Veränderungen festgestellt werden können und die Arbeitsfähigkeit sei aus orthopädischer Sicht nicht eingeschränkt. Bei der *psychiatrischen* Untersuchung habe eine leichte depressive Episode festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei etwas freudlos, be-trauere den Verlust seiner Lebensmöglichkeiten. Weitere psychiatrische Diagnosen hätten nicht gestellt werden können und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Auch aus *allgemeininternisti-scher* Sicht habe keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Insgesamt sei aus *polydisziplinärer* Sicht der Schluss zu ziehen, dass beim Beschwerdeführer einerseits eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe. Die bisherige Arbeit bei der Firma I. \_\_\_\_\_ mit der Notwendigkeit, einen ... zu führen, könne dem Beschwerdeführer deshalb aus ORL-Sicht nicht mehr zugemutet werden. Für Tätigkeiten, die den qualitativen Ein-schränkungen angepasst seien, bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähig-keit von 80 %. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf.

#### **4.**

**4.1** 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**4.2** 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 ha-ben. 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).

**4.3** 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).

**4.4** Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. März 2016 (AB 81.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3 hiavor) und ist voll beweiskräftig, da die Gutachter – beruhend auf allseitigen Untersuchungen, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in Kenntnis der Vorakten – eine umfassende Abhandlung der streitigen Punkte vorgenommen haben. Weiter leuchtet die Expertise in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

Bei den einlässlichen Untersuchungen haben die MEDAS-Gutachter einen umfassenden Status erhoben. In diagnostischer Hinsicht weicht das Gutachten vom aus den Akten bekannten Zustand insoweit ab, als internistisch erstmals der Verdacht auf ein metabolisches Syndrom (mit Diabetes mellitus) und einer Thrombopenie unklarer Ätiologie erhoben wurde; die Gutachter sahen darin jedoch keine versicherungsmedizinische Massgeblichkeit (AB 81.1/10). Auch aus Sicht der anderen Fachrichtungen mit Ausnahme des Gebietes HNO wurde eine Störung mit Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit verneint (AB 81.1/31 f.). Dies ist absolut nachvollziehbar und überzeugend begründet worden. Es steht dies denn

auch in keiner Weise im Widerspruch zu den aktenkundigen Arztberichten der behandelnden Ärzte. So hat insbesondere der begutachtende Neurologe schlüssig dargelegt, dass die Schlafprobleme auf die auch apparativ belegte, eingeschränkte Schlafhygiene zurückzuführen seien und die Schlafstörungen günstig beeinflusst werden könnten, wenn der Beschwerdeführer bereit wäre, die Schlafhygiene zu verbessern (AB 81.1/23 f.). Dass eine hinreichende Schlafhygiene aus psychiatrischen oder somatischen Gründen nicht erreicht werden könnte, wurde verneint.

Aus HNO-Sicht wurde der bis zum Zeitpunkt der Begutachtung nun während Jahren erhobene Status und Befund korrekt wiedergegeben. Auch in diagnostischer Hinsicht weicht der HNO-Gutachter, Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, nicht von den von den behandelnden Facharztkollegen erstellten Berichten ab. Anders als der nach der Begutachtung erstellte Bericht vom 19. Dezember 2016 (BB 13) des behandelnden PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_, möglicherweise glauben machen will, hat der HNO-Gutachter denn durchaus auch eine umfassende Befundaufnahme durchgeführt und dabei keinen Spontannystagmus, jedoch durchaus auch die Upbeat-Nystagmen vereinzelt objektiviert (AB 81.1/27). In diesem Sinne stellen gerade diese Upbeat-Nystagmen, die bereits in Vorberichten erhoben (AB 46/7 f., 54, 59), dann aber nicht mehr festgestellt wurden (AB 56, 68), in der Begutachtung hingegen wieder erhoben wurden, in keiner Weise neue bzw. im Gutachten unberücksichtigte Tatsachen dar. Sie wurden vielmehr auch vom HNO-Gutachter in seiner Beurteilung mitberücksichtigt. Bezüglich des Einwandes von PD Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 19. Dezember 2016 (BB 13), wonach der neurologische und der HNO-Gutachter – ausser einer Kalorik – keine apparativen Untersuchungen vorgenommen hätten, ist darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern die vollständigen Vorakten der behandelnden Ärzte, welche umfassende Abklärungen vorgenommen haben, zur Verfügung standen. Dass in der Folge die Gutachter, zumal sie die Befunde auch nicht in Frage stellen, die umfangreiche Testung selbst nicht wiederholten, ist nicht zu beanstanden.

Soweit der Beschwerdeführer die fachliche Qualifikation des HNO-Gutachters Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in Bezug auf die Beurteilung der Schwin-

delproblematik in Frage stellt und vorbringt (Beschwerde S. 4 f.), für die Beurteilung brauche es Spezialisten, welche sowohl aus otologischer als auch neurologischer Sicht eine zuverlässige Diagnose und entsprechende Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit abgeben könnten, Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fehle jedoch eine entsprechende Zusatzqualifikation in der Neurootologie, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sowohl in den Bereichen Neurologie und HNO begutachtet wurde, womit eine umfassende Beurteilung der Schwindelproblematik erfolgt ist. Der HNO-Gutachter hat zudem wie die behandelnden HNO-Ärzte der präsentierten Symptomatik Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben (AB 81.1/27). Die Einschätzung des Experten, dass bei objektiver Betrachtung aus HNO-Sicht eine Leistungseinschränkung von 20 % resultiere (AB 81.1/29), überzeugt. Diese Beurteilung steht schliesslich auch nicht in einem unauflösbaren Widerspruch zu den Akten: Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom Spital G. \_\_\_\_\_ ging im Rahmen seiner „Drittmeinung“ (AB 23/2 f.) von einer (erreichbaren) vollen Arbeitsfähigkeit aus. Die später operierenden Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ hielten objektiv einen guten Erfolg der Operation fest (vgl. AB 39). Bis heute konnten denn auch sie die geklagten Einschränkungen nur partiell einer gesundheitlichen Störung zuordnen. Damit bleibt es dabei, dass das MEDAS-Gutachten in jeder Hinsicht überzeugt und darauf abzustellen ist.

Der behandelnde PD Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hat korrekt darauf hingewiesen (vgl. BB 13), dass für eine umfassende Beurteilung der sich hier stellenden Fragen auch seitens des RAD entsprechende Fachärzte hätten zugezogen werden müssen. Nicht gefolgt werden kann ihm hingegen, wenn er der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die Kompetenz abspricht, anhand der Akten die hier gebotene Plausibilitätsprüfung der Einwendungen behandelnder Ärzte vorzunehmen. Ob und welche Bedeutung den Beurteilungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2016, 14. Dezember 2016 und 13. Januar 2017 (AB 93, 96 bzw. in den Gerichtsakten) versicherungsmedizinisch zukommt, braucht hier jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, weil sich auch ohne diese Berichte durch die gerichtliche Würdigung – wie vorstehend dargelegt – die Verwertbarkeit und Massgeblichkeit des MEDAS-Gutachtens zweifelsfrei ergibt.

**4.5** In der Beschwerde wird (S. 3 und 5) unter Hinweis auf den Bericht von PD Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2016 (AB 91/3 f.) eine allgemeine Zustandsverschlechterung geltend gemacht. Der Arzt halte im genannten Bericht fest, es zeige sich ein unverändertes Hörvermögen linksseitig. Auffällig sei eine progrediente Gang- und Standunsicherheit mit Zunahme des allgemeinen Tremors und Reduktion des Allgemeinzustandes, es handle sich um ein unklares, progressives, neurologisches Zustandsbild. Zudem hätten laut der Ehefrau des Beschwerdeführers die kognitiven Funktionen abgenommen. Aus diesem Bericht kann der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn zwecks Abklärung der subjektiv beklagten Abnahme der kognitiven Funktionen wurde eine Untersuchung im Spital D. \_\_\_\_\_ durchgeführt. Im entsprechenden Bericht vom 13. Februar 2017 (BB 16) hielten die behandelnden Ärzte fest, die drei bisher durchgeführten MRIs hätten keine Parenchymläsion oder Läsionen in kognitiv kritischen Arealen gezeigt (vgl. das letzte MRI vom 3. Oktober 2016); es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die subjektiven Gedächtnisklagen nicht primär hirnorganisch, sondern durch die diagnostizierte körperliche Symptomatik und/oder die psychischen Symptome verursacht seien. Aus neurokognitiver Sicht lasse sich eine eigenständige Diagnose nicht ableiten. Sodann war das vom Beschwerdeführer erwähnte Körperzittern laut PD Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nur an einer einzelnen Konsultation zu sehen (BB 13). Schliesslich gaben die behandelnden Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ am 27. Januar 2017 an (BB 15), die Entität der fremdanamnestisch beschriebenen "komplexen Bewegungsstörungen" habe bei der gemeinsamen Durchsicht der Home-Videographie geklärt werden können, indem die Bettpartnerin einerseits viele physiologische Körperlageänderungen und andererseits periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) als typisch für die beobachteten Bewegungen identifiziert habe. Das ungewöhnliche Ausmass der physiologischen Körperlageänderungen könne im Rahmen der Durchschlafinsomnie erklärt werden, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der bekannten Depression zu verstehen sei. Es sei aber nicht ausgeschlossen, dass die PLMS ebenfalls einen gewissen Beitrag leisteten zur Insomnie. Zudem wurde der Beschwerdeführer an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, die Schlafhygiene zu verbessern (vgl. auch BB 4 f.).

Die Befundlage präsentierte sich damit den behandelnden Ärzten auch nach der MEDAS-Begutachtung nicht wesentlich anders als anlässlich der Begutachtung (vgl. Bericht vom 18. November 2016 der Interdisziplinären Schwindelsprechstunde des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 [BB 3]). Insgesamt ergeben die nach der Begutachtung verfassten bzw. die gerichtlich erhobenen Unterlagen denn auch für den hier massgeblichen objektivierten medizinischen Zustand nichts Neues (AB 83, 91./3 f.; BB 3 - 6, 13 - 16). Vielmehr bestätigen diese einen unveränderten Zustand der Symptomatik und festigen die Einschätzung der MEDAS-Gutachter hinsichtlich Ätiologie und Bedeutung der geklagten Beschwerden. Die Gutachter haben den Schwindel, soweit er medizinisch zu objektivieren war, wie die behandelnden Ärzte anerkannt und die daraus folgenden Auswirkungen bei ihrer Einschätzung berücksichtigt (AB 81.1/31). Hinzu kommt, dass die neue Diagnose „Ponto-medulläres Syndrom mit/bei Gefässimpression der unteren Olive links – aktuell Upbeat-Nystagmus“ (BB 3) nicht die Auswirkungen anders darstellen würde als bisher (zum Upbeat-Nystagmus vgl. E. 4.4 hiervor), sondern allein die Ätiologie (teilweise) erklären könnte. In diesem Sinne haben die Ärzte des Spitals D. \_\_\_\_\_ denn auch selbst ausgeführt, es handle sich weiterhin um ein unklares vestibuläres Syndrom mit fluktuierender Symptomatik. Dass das Verhalten des Beschwerdeführers in seinen durchaus auch inkonsistenten Anteilen (worauf die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar hingewiesen haben [Inkonsistenz bei der orthopädischen Untersuchung; AB 81.1/32]) nun neu als Gesundheitsschaden anzuerkennen wäre, wurde auch von den behandelnden Ärzten nicht geltend gemacht. Daran ändert auch nichts, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seinem Überweisungsschreiben vom 6. März 2017 (BB 17) eine Verschlechterung des psychischen Zustandes festhält. Zum einen läge eine solche Verschlechterung zweifelsfrei ausserhalb des hier massgeblichen Beurteilungszeitraums, da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war, beurteilt und Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein sollen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), zum anderen hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ selbst die psychische Problematik zentral auf invalidenversi-

cherungsrechtlich nicht relevante reaktive Elemente (Trennung der Ehefrau vom Beschwerdeführer) zurückgeführt.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten massiven Beschwerden durchaus zur Frage führen müssten, ob er hiermit im Strassenverkehr als Motorfahrzeugführer, auch wenn er selbst behauptet, nur noch kurze Strecken selbst zu fahren (AB 46/4, 55/2, 81.1/12), nicht für sich und Dritte eine Gefahr darstellt. Nachdem die behandelnden Ärzte den Beschwerdeführer zwar darauf aufmerksam gemacht haben, dass er bei Schläfrigkeit auf das Führen von Motorfahrzeugen verzichten bzw. sofort anhalten müsse (AB 83/6; BB 5 f.), sie in dieser Hinsicht jedoch bis anhin nicht weitergehend tätig wurden und entsprechend der überzeugenden MEDAS-Begutachtung von einer weit weniger drastischen Einschränkung auszugehen ist, als der Beschwerdeführer diese darstellt, hat hier vorerst und insbesondere nicht vom Gericht eine Meldung an das Strassenverkehrsamt zu erfolgen. Ob dies mit Blick auf die geltend gemachte psychische Verschlechterung dereinst allenfalls anders zu beurteilen wäre, hätte die Beschwerdegegnerin im Falle einer Neuanschuldung durch den Beschwerdeführer von Amtes wegen zu prüfen (Art. 66c IVG).

**4.6** Damit kann dem behandelnden HNO-Arzt PD Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zusammenfassend insoweit gefolgt werden, als er die Beurteilung der Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als fachfremde Ärztin kritisiert. Nicht gefolgt werden kann ihm hingegen, wenn er die MEDAS-Begutachtung in Frage stellt. Er erkennt mit seiner Kritik, dass anlässlich der MEDAS-Begutachtung der Beschwerdeführer in verschiedensten Fachdisziplinen untersucht und beurteilt wurde und diese Fachdisziplinen sich interdisziplinär ausgetauscht haben. Dabei wurden Störungen erhoben, die bis anhin gar nicht zur Diskussion standen (Diabetes [vgl. AB 81.1/30]). Die hier im Vordergrund stehenden Fachdisziplinen Neurologie und HNO wurden berücksichtigt und haben eine schlüssige und überzeugende Beurteilung der Sachlage abgeliefert (AB 81.1/20 - 24, 81.1/25 - 29). Dass und weshalb auf das MEDAS-Gutachten nicht abgestellt werden könnte, wurde seitens der behandelnden Ärzte nicht dargelegt. Dass sie dies indirekt über die Kritik an Dr. med. E. \_\_\_\_\_ getan haben, ändert nichts, denn anders als sie auf der Basis

von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ annehmen, haben die Gutachter – es sei nochmals erwähnt – wie die behandelnden Ärzte eine somatische Basis der geklagten Beschwerden bejaht. Sie gelangten letztlich allein hinsichtlich der Auswirkungen nachvollziehbar und überzeugend zu anderen Ergebnissen.

Nach dem Dargelegten ist in medizinischer Hinsicht auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 14. März 2016 (AB 81.1) abzustellen, wonach beim Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit besteht und für angepasste Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar, gegeben ist (AB 81.1/32 f.).

## **5.**

Es bleibt mittels Einkommensvergleich der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

**5.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**5.1.1** 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).

**5.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**5.2** 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 129 V 222).

**5.3** Mit Blick auf die beim Beschwerdeführer seit November 2012 bestehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (AB 14/3, 81.1/32) und die am 2. April 2013 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (AB 2), ist ein Rentenanspruch ab November 2013 zu prüfen (vgl. E. 2.2 und 5.2 hiavor). Hinsichtlich des Verlaufs haben die MEDAS-Gutachter keine Arbeitsunfähigkeit erheben können, die Anspruch auf eine allenfalls auch befristete Rente zur Folge haben könnte (vgl. Art. 88a der Verordnung vom 17. Janu-

ar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Sie kamen zum Schluss (AB 81.1/32), die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus ORL-Sicht könne auf das Jahr 2012 zurückgeführt werden. In der angestammten Tätigkeit könne seit November 2012 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Ab November 2012 bis Februar 2013 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierten Tätigkeiten zu bestätigen. Anschliessend sei von März 2013 bis Dezember 2013 von einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Von Januar bis März 2014 sei die Arbeitsfähigkeit wieder aufgehoben gewesen. Ab April 2014 sei von der aktuellen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Folglich ist per November 2013 ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

**5.4** Für das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das bei der letzten Arbeitgeberin im Jahr 2013 erzielte Einkommen von Fr. 59'345.-- (AB 13/3) herangezogen. Das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Daten zu bestimmen, da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von den LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 5'210.--, jährlich Fr. 62'520.--. Indexiert auf das Jahr 2013 resultiert ein Betrag von Fr. 63'011.80 (Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2015, Total, Index Jahr 2012: 101.7 Punkte; Index Jahr 2013: 102.5 Punkte) und die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2013 von 41.7 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 65'689.80. Nach Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Leistungsminderung von 20 % verbleibt ein Invalideneinkommen von Fr. 52'551.85. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7) ist kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren, da mit der 20 %-igen Leistungsminderung den Einschränkungen des Beschwerdeführers hinreichend Rechnung getragen wird und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt trotz der Einschränkung, keine sturzgefährdenden Tätigkeiten auszuüben und das berufsmässige Führen eines ... zu meiden, ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten besteht. Die weiteren für den Tabellenlohnabzug relevanten Kriterien (vgl. E. 5.1.2 hiervor) sind auch nicht einschlägig, da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erst 43 Jahre alt war, zudem besitzt er

die Schweizerische Staatsbürgerschaft (AB 10) und der langen Betriebszugehörigkeit – der Beschwerdeführer war von 1999 bis 2013 bei seiner letzten Arbeitgeberin angestellt (AB 13/2 und 31) – kommt im Rahmen des Anforderungsniveaus 4 (bzw. des Kompetenzniveaus 1) keine relevante Bedeutung zu (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Oktober 2013, 9C\_455/2013, E. 4.1). Schliesslich vermag auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer in einem Vollzeitpensum mit einer Leistungsminderung von 20 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 4.7 hiervor), keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinausgehenden Abzug zu rechtfertigen (Entscheide des BGer vom 15. April 2016, 9C\_84/2015, E. 6.2, und 16. August 2012, 8C\_344/2012, E. 3.2).

**5.5** Folglich ergibt die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen gerundet einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 11 % ( $100 / \text{Fr. } 59'345.-- \times [\text{Fr. } 59'345.-- - \text{Fr. } 52'551.85] = 11.44 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Die Beschwerde ist demnach abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiervor).

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

**6.3** Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist zufolge Rückzugs vom 30. Dezember 2016 (in den Gerichtsakten) als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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