

200 17 494 IV  
KNB/PRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Mai 2019**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Prunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. April 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1966 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2001 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Als Behinderung gab er eine Deformation der linken Hand infolge eines Unfalls vom 18. Oktober 1999 an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach Einholung diverser erwerblicher und medizinischer Unterlagen verfügte die IVB am 5. März 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 15% die Abweisung des Rentenbegehrens (AB 21). Die am 29. März 2002 gewährte Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 23) wurde im Februar 2003 abgeschlossen, da kurz-, mittel- oder längerfristig kaum mit einer erfolgreichen Stellenvermittlung gerechnet werden könne (AB 27). Mit Verfügung vom 12. März 2003 wurde das Leistungsbegehren um Abklärungsmassnahmen abgewiesen (AB 30). Auf ein Gesuch des Unfallversicherers um Wiedererwägung dieses Entscheids wurde am 20. November 2003 nicht eingetreten (AB 34).

Auf eine im März 2004 erfolgte Neuanmeldung zum Leistungsbezug (AB 35) trat die IVB mit Verfügung vom 28. Mai 2004 mangels Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein (AB 39). Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 41) wies die IVB mit Entscheid vom 26. August 2004 ab und bestätigte das Nichteintreten (AB 49).

Mit Verfügung vom 26. Mai 2006 stellte die C. \_\_\_\_\_, welche bis dahin für die Heilungskosten aufkam und Taggeldleistungen erbrachte, ihre Leistungen per 1. Mai 2006 ein und verneinte einen Rentenanspruch, was mit Einspracheentscheid vom 14. März 2007 bestätigt wurde. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 17. September 2007 ab (UV 67992).

Im August 2010 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (AB 53). Darauf wurde

mangels neuer Tatsachen mit Verfügung vom 11. Februar 2011 nicht eingetreten (AB 67).

**B.**

Mit Eingabe vom 5. November 2015 ersuchte der Versicherte die IVB abermals um Leistungen, da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (AB 72). In der Folge veranlasste die IVB insbesondere ein interdisziplinäres Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 (AB 99.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 100) verfügte die IVB am 20. April 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 35% die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 105).

**C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 23. Mai 2017 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 20. April 2017 sowie die Ausrichtung einer Invalidenrente. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass die im Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 35% in einer adaptierten Tätigkeit nicht schlüssig sei. Es sei lediglich im handchirurgischen Teilgutachten eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 25% attestiert worden. In den weiteren Fachgutachten sei trotz klar festgestellten Funktionseinschränkungen bzw. Einschränkungen aufgrund der psychischen Diagnosestellungen keine prozentuale Quantifizierung erfolgt. Aufgrund der in den weiteren Fachrichtungen festgestellten Einschränkungen müsse jeweils 5% additiv anerkannt werden, weshalb eine Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von insgesamt mindestens 40% resultiere. Zudem sei bei der Berechnung des Invalideneinkommens ein leidensbedingter Abzug zwischen 5% und 10% zu berücksichtigen.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Juni 2017 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 20. April 2017 (AB 105). 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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier-ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281

E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksich-

tigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** 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 Dreiviertelrente, 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.

## **2.4**

**2.4.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades,

wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.4.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen, rentenablehnenden Verfügung vom 5. März 2002 (AB 21) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2017 (AB 105) zu vergleichen ist (E. 2.4.3 hiervor).

**3.2** Die Rentenablehnung im März 2002 erfolgte aus medizinischer Sicht gestützt auf das zu Händen des Unfallversicherers erstellte handchirurgische, orthopädisch-chirurgische Gutachten der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2001. Darin wurden Beschwerden in der linken Hand diagnostiziert (AB 15, S. 7). Die Neuanmeldung im November 2015 erfolgte nunmehr wegen Beschwerden im Bereich der Schulter und des Rückens und aufgrund einer geltend gemachten psychischen Störung (AB 72, 81). Damit ist auf medizinischer Ebene eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes erstellt und es erfolgt eine allseitig freie Prüfung (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

**3.3** Bezüglich des medizinischen Sachverhalts lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.3.1** Vom 16. November bis 14. Dezember 2010, vom 26. Januar bis 1. März 2012 sowie vom 22. Oktober bis 4. Dezember 2013 war der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik F. \_\_\_\_\_ (AB 81, S. 3 ff.). Im Austrittsbericht vom 12. Dezember 2013 diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10:

F10.25) und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0; AB 81, S. 3).

**3.3.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 21. Oktober 2015 eine Arthrose CMC IV + V-Hamatum bei Status nach Vereinigung Basis Meta IV + V links infolge Unfall 1999, ein Impingement an der linken Schulter, eine Ischialgie links und eine schwere Depression (AB 81, S. 21).

**3.3.3** Im ärztlichen Zeugnis vom 25. Januar 2016 stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine gehemmt-rezidivierende depressive Störung mit erheblicher länger anhaltender somatoformer Schmerzstörung fest. Mit dem vorhandenen Krankheitsbild könne der Beschwerdeführer keinem potentiellen Arbeitgeber zugemutet werden (AB 81, S. 2).

**3.3.4** Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_, vom 1. Februar 2017 diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen am Handgelenk und an der Mittelhand links, ulnarbetonte Schmerzen im Handgelenk links und im carpometacarpalen Übergang IV und V links mit sekundärer Arthrose im CMC-Gelenk V und Neuropathie, ein Schulterimpingement links bei engem Subacromialraum, ein lumbovertebrales Syndrom, ein Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente bei residueller Läsion des Ramus dorsalis Nervi ulnaris links sowie eine depressive Störung, leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine arterielle Hypertonie, eine rezidivierende Nephrolithiasis, eine posttraumatische Belastungsstörung, heute weitgehend remittiert, akzentuierte neurotisch-narzisstische Persönlichkeitszüge (nur mittelbarer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) und ein Strömungsgeräusch über der Arteria carotis links, ungeklärter Ätiologie, diagnostiziert (AB 99.1, S. 55 f.). Der Beschwerdeführer könne für ...arbeiten eingesetzt werden, sofern diese keine körperlichen Zwangshaltungen, kein repetitives Heben schwerer Lasten, beidhändig über 15 kg, links über 5 kg, keine regelmässigen Überkopfarbeiten links, beinhalten. In Berücksichtigung der objektivierbaren somatischen Beschwerden und der funktionellen Verstär-

kung somatisch erklärbarer Beschwerden im Rahmen des depressiven Leidens bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 35% seit dem Fahrradunfall vom Oktober 1999. In einer alternativen Tätigkeit vermöge der Beschwerdeführer keine höhere Arbeitsfähigkeit zu erbringen (AB 99.1, S. 60).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 (basierend auf einer allgemeinmedizinischen, rheumatologischen, handchirurgischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, AB 99.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und

sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden grundsätzlich nachvollziehbar begründet (vgl. allerdings nachfolgend). Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die in der polydisziplinären Beurteilung attestierte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 35% sei mit Blick auf die einzelnen Teilgutachten nicht schlüssig, vermag dies am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern. Es mag zutreffen, dass sich die Experten im rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten nicht konkret zur Höhe der Arbeits(un)fähigkeit äussern. Wesentlich ist indessen vielmehr, dass die vom Beschwerdeführer beklagten funktionellen Einschränkungen (insbesondere an der linken Hand) in den beiden Teilgutachten aufgrund der erhobenen Befunde aus fachärztlicher Sicht einlässlich gewürdigt wurden (vgl. dazu AB 99.1, S. 21 ff. und S. 36 ff.) und die entsprechenden Erkenntnisse in die polydisziplinäre Konsensbesprechung eingeflossen sind und dort ihre Berücksichtigung gefunden haben (vgl. dazu AB 99.1, S. 56 ff. sowie E. 3.6 nachfolgend). Insofern ist auch die polydisziplinäre Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 35% - unter Berücksichtigung der funktionellen Verstärkung der somatisch erklärbaren Beschwerden im Rahmen des depressiven Leidens - grundsätzlich nicht zu beanstanden (vgl. allerdings E. 3.7 hiernach). Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist demgegenüber unzulässig (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Juni 2013, E. 4.4 und vom 29. April 2015, E. 6).

**3.6** In somatischer Hinsicht führte der handchirurgische Gutachter schlüssig aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzen im Handgelenk und der Mittelhand links die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist (wobei das damalige Belastungs- und Einsatzprofil nicht bekannt ist). Links besteht eine Trage- und Hebelhilfe von 5 kg. Bei einem bimanuellen Einsatz ist das Tragen und Heben

von Lasten von 10-15 kg möglich (AB 99.1, S. 34). Unter Verweis auf die rheumatologische Beurteilung wurde sodann dargelegt, dass wegen des objektivierbaren Rückenleidens und der linksseitigen Schulterbeschwerden höhere Traglasten nicht möglich und repetitive Überkopfarbeiten zu vermeiden sind. Eine bimanuelle, leichte Tätigkeit ist nach wie vor möglich, zumal der Beschwerdeführer über eine vollkommen intakte rechte Hand verfügt. In Frage kommen leichte Montagearbeiten, Sortiertätigkeiten und Botengänge. Für eine Tätigkeit, die nur mit der intakten rechten Hand ausgeführt werden muss, besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten). Insgesamt wurde eine adaptierte Tätigkeit mit einer Verminderung des Rendements von 25% wegen belastungsabhängigen und neuropathischen Schmerzen als zumutbar erachtet. Eine Tätigkeit, die weitgehend im Sitzen oder in wechselnder Körperhaltung erledigt werden kann, ist adäquat (AB 99.1, S. 35).

Der rheumatologische Gutachter stellt neben im Vordergrund stehenden anhaltenden starken bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen sowie Ruheschmerzen an der linken Hand ein Schulterimpingement links und ein lumbovertebrales Syndrom fest (AB 99.1, S. 26). Die Belastbarkeit, die Kraft sowie die Beweglichkeit des linken Handgelenks sind vermindert. Wiederholte Überkopfarbeiten sowie anhaltende Zwangshaltungen sind ungünstig und das Heben und Tragen von schweren Lasten ist nicht möglich (AB 99.1, S. 28). Aus neurologischer Sicht wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente bei residueller Läsion des Ramus dorsalis nervi ulnaris links diagnostiziert (AB 99.1, S. 41, 56). Betreffend die Schmerzen im Handgelenk, insbesondere für die (verminderte) Belastbarkeit, wurde auf die Beurteilung des orthopädischen Fachgutachters verwiesen (AB 99.1, S. 43). Die Funktionsstörungen betreffen vorwiegend das orthopädische bzw. rheumatologische Fachgebiet. Es besteht eine verminderte Belastbarkeit des linken Handgelenks mit glaubhafter Behinderung bei manuellen Verrichtungen, insbesondere unter Kraftaufwand. Überdies ist die Lendenwirbelsäule vermindert belastbar (AB 99.1, S. 45).

Aus der polydisziplinären Konsensbesprechung ergibt sich zweifelsfrei, dass die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit im Rahmen von 25% aus-

schliesslich mit den neuropathischen Schmerzen an der linken Hand begründet wird, wogegen sich die degenerativen Veränderungen an der Schulter und der LWS zwar auf das Zumutbarkeitsprofil auszuwirken vermögen, indessen bei der Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit nicht zu einer weiteren Herabsetzung der Leistungsfähigkeit führen.

### 3.7

**3.7.1** Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte der Experte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, leichte Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen (ICD-10: F32.11; AB 99.1, S. 50, 56). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine posttraumatische Belastungsstörung, heute weitgehend remittiert (ICD-10: F43.1), akzentuierte neurotisch-narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) und eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.24; AB 99.1, S. 50 f., 56). Wie der psychiatrischen Beurteilung zu entnehmen ist, geht der Gutachter nicht wie offenbar versehentlich diagnostiziert von einer leichten Episode der depressiven Störung, sondern vielmehr von einer mittelschweren depressiven Episode aus (AB 99.1, S. 52). So entspricht auch der ICD-10-Code F32.11 einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 173). Weiter wurde schlüssig ausgeführt, dass die posttraumatische Belastungsstörung infolge der Geschehnisse im ... im Jahr 1998 weitgehend in den Hintergrund getreten ist und den Beschwerdeführer nicht mehr beeinträchtigt. Dies überzeugt, da eine posttraumatische Belastungsstörung grundsätzlich nur diagnostiziert werden soll, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis aufgetreten ist. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) zu klassifizieren (vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, a.a.O., S. 208). Eine solche konnte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung denn auch nicht festgestellt werden (AB 99.1, S. 53). Gegen die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung spricht vorliegend insbesondere, dass

von den Gutachtern keine solche festgestellt wurde und der Beschwerdeführer bis zur unfallbedingten Deformation seiner Hand in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt war. Zudem hat sich im Rahmen der Aufenthalte in der Klinik F. \_\_\_\_\_ eine relevante Besserung der entsprechenden Symptomatik ergeben (vgl. AB 81, S. 3 ff.; 99.1, S. 62 sowie DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, a.a.O., S. 286 f.).

**3.7.2** Auch wenn die psychiatrische Beurteilung in diagnostischer Hinsicht überzeugt, so kann nicht unbesehen auf die angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, wonach unter Berücksichtigung der objektivierbaren somatischen Beschwerden und der funktionellen Verstärkung somatisch erklärbarer Beschwerden im Rahmen des depressiven Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von interdisziplinär 35% attestiert wurde (vgl. dazu E. 3.6 hiervor). Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsste. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Juni 2018, 8C\_74/2018, E. 5.1). Somit ist zu prüfen, ob anhand der Indikatoren der (indirekte) Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Leistungsunfähigkeit erbracht werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; vgl. auch E. 2.2.2 hiervor).

**3.7.3** Vorab ist festzuhalten, dass die Gutachter der MEDAS D. \_\_\_\_\_ zwar gewisse Inkonsistenzen beim Beschwerdeführer feststellten (AB 99.1,

S. 59). Diese Diskrepanzen wurden jedoch auf Verdeutlichungstendenzen zurückgeführt, welche nicht mit Aggravation oder Simulation gleichzusetzen sind (AB 99.1, S. 60).

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. So gibt der Beschwerdeführer zum Tagesablauf an, er stehe um 09.00 Uhr auf. Am Vormittag tue er meist nichts oder schaue Fernsehen. Um 12.00 Uhr kämen die Kinder nach Hause. Das Mittagessen werde kurz nach 12.00 Uhr eingenommen. Anschliessend begeben er sich mit den Kindern ca. eine Stunde auf den Spielplatz. Danach sitze er herum ohne etwas zu tun oder schaue Fernsehen. Die Gattin arbeite jeweils von 16.00 bis 20.00 Uhr in einer .... Um 19.00 Uhr wärme er das von der Ehefrau vorbereitete Abendessen auf und bringe die Kinder um 20.00 Uhr ins Bett. Anschliessend schaue er bis ca. 01.00 oder 02.00 Uhr ... im Fernsehen (AB 99.1, S. 47). Gestützt auf diese Darlegungen kann nicht von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer einmal pro Monat in psychiatrische Behandlung begibt und regelmässig Psychopharmaka einnimmt (AB 99.1, S. 48). Gemäss dem Gutachter sollte die psychiatrischen Behandlung bzw. die Psychotherapie weitergeführt und angesichts der funktionellen Schmerzen eine Umstellung auf ein dualwirkendes oder trizyklisches Antidepressivum versucht werden (AB 99.1, S. 54). Eine Behandlungsresistenz ist somit nicht gegeben. Weiter bestehen keine Komorbiditäten. Die somatischen Beeinträchtigungen mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25% in einer angepassten Tätigkeit stehen der Überwindbarkeit nicht entgegen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Auch in psychiatrischer Hinsicht führte der Experte schlüssig aus, dass die posttraumatische Belastungsstörung zum Zeitpunkt des Gutachtens in den Hintergrund getreten ist und den Beschwerdeführer kaum mehr beeinträchtigt (AB 99.1, S. 52). Ferner konnte keine Persönlichkeitsstörung festge-

stellt werden (AB 99.1, S. 53), weshalb auch keine in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers liegende krankheitswertigen Umstände vorliegen, welche gegen die Umsetzung des gemäss MEDAS D. \_\_\_\_\_ bestehenden Leistungsvermögens sprechen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Der Beschwerdeführer lebt zusammen mit seiner Ehefrau und seinen beiden Söhnen. Daneben gab er anlässlich der Begutachtung an, dass er zwar weniger Kontakte zu Bekannten und Freunden habe als früher, ihn jedoch hin und wieder einige gute Freunde zu Hause besuchen würden (AB 99.1, S. 47). Die letzten Ferien habe er im Juli 2016 bei seinem Bruder in ... verbracht (AB 99.1, S. 48). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben war. Während der Beschwerdeführer gute sowie regelmässige soziale Kontakte pflegt und im Jahr 2016 auch in der Lage war, zu seinem Bruder ... zu reisen, geht er - auch aufgrund regressiver Tendenzen - keiner beruflichen Tätigkeit nach (AB 99.1, S. 59). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen.

Gestützt auf die massgebenden Indikatoren ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der festgestellte psychische Gesundheitsschaden eine (zusätzliche) erhebliche funktionelle Einschränkung bewirkt. Mithin kommt der diagnostizierten depressiven Störung keine invalidisierende Wirkung zu.

**3.8** Nach dem Gesagten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.6 hiavor) seit Oktober 1999 zu 25% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Polydisziplinär wurde im Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ in Berücksichtigung der objektivierbaren somatischen Beschwerden und der funktionellen Verstärkung somatisch erklärbarer Beschwerden im Rahmen des depressiven Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 35% attestiert. Da der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit

eingeschränkt ist (vgl. E. 3.7 hiervor), stellt sich hier die Frage, ob auf die polydisziplinäre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vollumfänglich abgestellt werden kann. Dies muss jedoch vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden, da, selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers von einer Einschränkung von insgesamt 35% ausgegangen wird, kein Rentenanspruch resultiert (vgl. dazu E. 4 nachfolgend).

#### **4.**

**4.1** 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**4.2** Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung bei der IVB im November 2015 (AB 72) sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 1999 (vgl. AB 7, S. 29; 25, S. 3) der 1. Mai 2016 (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

**4.3** Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt seit Juli 1999 als ... für das I. \_\_\_\_\_ (AB 5). Diese Stelle wurde ihm per 31. Dezember 2001 gekündigt (vgl. AB 15, S. 6). Ob die Kündigung aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, kann den vorliegenden Akten nicht entnommen werden, weshalb auch nicht abschliessend beantwortet werden kann, ob der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall noch für das I. \_\_\_\_\_ arbeiten würde. In Anbetracht dessen, sowie dem Umstand, dass diese letzte Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers rund 15 Jahre her ist, kann nicht auf das zuletzt tatsächlich erzielte Einkommen abgestellt werden. Folglich ist das Valideneinkommen gestützt auf den Tabellenlohn zu ermitteln (vgl. E. 4.1.1 hier vor). Da der ursprünglich in ... gelernte ... (...; vgl. AB 1, S. 4) seit seiner Einreise in die Schweiz 1990 verschiedenen Tätigkeiten nachgegangen ist (... , ... und -..., ...; vgl. AB 58, S. 2), ist auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Niveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, Total, abzustellen. Für das Invalideneinkommen ist ebenfalls dieser Wert heranzuziehen, da damit zumutbare Verweistätigkeiten abgebildet werden (vgl. E. 3.6 hier vor). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung (inklusive Umrechnung auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und Indexierung). Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit - hier höchstens 35% - vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Da den medizinischen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Leistungsfähigkeit umfassend Rechnung getragen wird, besteht für einen weiteren behinderungsbedingten Abzug kein Raum (vgl. E. 4.1.2 hier vor). Da im Rahmen der zumutbaren adaptierten Tätigkeit vorliegend noch leichte bis mittelschwere Arbeiten in Frage kommen (vgl. E. 3.6 hier vor), ist ein entsprechender Abzug somit nicht angezeigt (Entscheid des BGer vom 30. Mai 2011, 9C\_187/2011, E. 4.2.1). Sodann liegen auch keine invaliditätsfremden Gründe vor, welche Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn gäben (Schweizer Bürger, im hier massgebenden Zeitpunkt 50 Jahre alt; vgl. AB 55, S. 3).

**4.4** Zusammenfassend resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von maximal 35% (vgl. E. 2.3 hier vor).

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 20. April 2017 (AB 105) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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.

**5.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers

- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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