

200 17 771 IV
SCI/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Dezember 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt im Rahmen einer Zwischenverdiensttätigkeit bei der B. _____ GmbH als ... teilzeitig erwerbstätig, fiel am 18. Juni 2013 während der Arbeit vom Stuhl und zog sich dabei eine Quetschung des linken Oberschenkels zu (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 9.1 S. 8 und 96). Im November 2013 wurde eine (in der Folge operativ behandelte) kompressive zervikale Myelopathie bei Diskushernie C5/6 diagnostiziert (act. II 9.1 S. 26, 55 f.; 59.3 S. 2). Die C. _____ erbrachte für dieses Ereignis in der Eigenschaft als sozialer Unfallversicherer die gesetzlichen Leistungen, indem sie u.a. für die ab September 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 9.1 S. 34) Taggelder ausrichtete (act. II 9.1 S. 36).

Im Februar 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf die Folgen des Unfalls vom 18. Juni 2013 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 1). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, zog die Akten der C. _____ bei – welche die Versicherungsleistungen per 18. Juni 2014 infolge Wegfalls des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den geltend gemachten Beschwerden eingestellt hatte (act. II 26) –, und holte Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Akten des zuständigen Krankentaggeldversicherers ein, beinhal- tend u.a. eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) der Be- gutachtungsstelle D. _____ (Expertise vom 1. April 2015 [act. II 59.3]). In der Folge liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) durch die Dres. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (Expertise vom 20. November 2016 [act. II 81.1]). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2017 (act. II 82) stellte die IVB dem Versi- cherten bei einem Invaliditätsgrad von 30% die Ablehnung eines Renten- anspruchs in Aussicht. Dagegen liess er Einwand erheben und Berichte behandelnder Ärzte einreichen (act. II 95). Nachdem die IVB beim RAD

eine Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 97 S. 3), verfügte sie am 25. Juli 2017 (act. II 100) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 5. September 2017 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Zusprache einer Invalidenrente, eventuell die Durchführung einer weiteren Begutachtung. In der Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, seine Situation habe sich weiter verschlechtert, d.h. er sei nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig. Er habe zusätzlich noch Probleme mit seiner Hüfte und nicht nur mit dem linken, sondern auch mit dem rechten Bein. Er sei mit dem Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ nicht einverstanden, die Untersuchung sei ungenügend und „eher psychisch und nicht physisch“ gewesen.

Am 19. September 2017 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, woraufhin der Instruktionsrichter auf die Erhebung eines Kostenvorschusses (von Fr. 800.-- [prozessleitende Verfügung vom 8. September 2017]) vorläufig verzichtete (prozessleitende Verfügung vom 20. September 2017).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. Oktober 2017 erwog der Instruktionsrichter, es sei gemäss den Akten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei der G. _____ über Rechtsschutz verfüge und das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege diesfalls abzuweisen wäre. Der Beschwerdeführer könne sich hierzu innert Frist äussern; es stehe ihm frei, unter Rückzug des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege den Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zu leisten.

Am 2. November 2017 bezahlte der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss über Fr. 800.-- (vgl. Einzahlung Giro vom 2. November 2017 [in den Gerichtsakten]).

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. November 2017 stellte der Instruktionsrichter fest, der Beschwerdeführer habe den Kostenvorschuss geleistet, womit das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege als zurückgezogen gelte.

Am 14. November 2017 reichte der Beschwerdeführer dem Gericht ein Schreiben der G. _____ vom 10. November 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 5) ein, worin diese festhielt, dass „für den Weiterzug der IV-Verfügung vom 25. Juli 2017 [...] keine Kostengutsprache erteilt“ worden sei.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Juli 2017 (act. II 100). 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). 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 Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 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).

3.

3.1 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit präsentieren sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Nach der operativen Behandlung der nach dem Unfall vom 18. Juni 2013 aufgetretenen kompressiven zervikalen Myelopathie bei Diskushernie C5/6 am 25. November 2013 (act. II 9.1 S. 26) verblieb residuell klinisch-neurologisch insbesondere eine spastische Beinparese links mit typischer Gangstörung (act. II 27 S. 4). Insoweit stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, in der weiteren Folge subjektiv wie objektiv eine allmähliche Beschwerdeverbesserung fest (act. II 38 S. 2; 44 S. 1) bzw. erachtete im September 2014 den vorsichtigen Beginn der Reintegration in den Arbeitsprozess als sinnvoll, um eine Dekonditionierung abzuwenden bzw. eine Rekonditionierung zu bewirken (act. II 38 S. 2).

Im Bericht vom 7. Januar 2015 (act. II 59.4 S. 3 f.) hielt Dr. med. H._____ fest, bei der Arbeit (welche der Beschwerdeführer wieder zu 20% aufgenommen hatte [vgl. act. II 59.3 S. 26]) werde die Zunahme der Spastik in den Beinen relevant. Zudem träten dann zunehmend zervikale Schmerzen auf. Aktuell könne er „in seinem Betrieb“ nur zwei Stunden arbeiten; es beständen hohe Anforderungen an die Feinmotorik. Die Rekonvaleszenz sei schleichend (S. 3).

3.1.2 In der zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten FOMA der Begutachtungsstelle D._____ vom 1. April 2015 (act. II 59.3) wurden unter psychiatrischer Mitbeurteilung (vgl. S. 23 ff.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

Subjektiv Belastungsminderung Bein links bei/mit:

- klinisch minimaler, residueller spastischer Beinparese links bei/mit
- Status nach Ausräumen Bandscheibe C5/6 und Dekompression des Rückenmarks am 25. November 2013
- interkorporeller Spondylodese mit Cage C5/6 mit Verschraubung Titanplatte am 25. November 2013 bei Myelopathie mit grosser, das Rückenmark komprimierender Diskushernie C5/6 und sekundärer Kyphosierung

Anamnestisch Lumbalgien bei/mit:

- Wirbelsäulenfehlhaltung

Psychiatrisch: keine Diagnosen

Der Beschwerdeführer gebe an, insbesondere an Nackenschmerzen im linken Bereich, im Bereich des Ellenbogens sowie über Rückenbeschwerden und Schmerzen im linken Bein zu leiden (S. 8). Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer eine nicht zuverlässige Leistungsbereitschaft und mehrere Inkonsistenzen gezeigt (S. 2). Hinsichtlich der zuletzt ausgeführten und angestammten Tätigkeit als ... (vgl. S. 14 f.) sei der Beschwerdeführer bei ganztägiger Präsenz mit vermehrten Pausen von zwei Stunden über acht Stunden verteilt, zusätzlich zu den üblichen Kurzkaffeepausen morgens, nachmittags und der Mittagspause als arbeitsfähig zu erachten (S. 4). Die Pausen begründeten sich aufgrund der statischen Nacken-/Schulterbelastung, wobei die jetzige HWS-Beweglichkeit höchstens minimal eingeschränkt sei. Auch seien die Anforderungen an Stehen und Gehen als maximal manchmal einzuschätzen; hier zeige der Beschwerdeführer bei der Funktionstestung klar die entsprechende Geh- und Stehfähigkeit. Für eine leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit (ohne länger währende ausgesprochen statische Belastungen der HWS und des Schultergürtels) sei der Beschwerdeführer als arbeitsfähig zu erachten (S. 5). Weiter hielten die Gutachter fest, dass – wie auch mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit (vgl. S. 4, Ziffer 3.3) – Stehen vorgezogen, Drehen im Sitzen, wiederholte Kniebeugen, Stehen an Ort und Stehen und Gehen lediglich manchmal, d.h. 6-33% pro Tag, vorkommen sollten (vgl. S. 5, Ziffer 3.3).

3.1.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin – dem der Beschwerdeführer zwecks Evaluation von lumbalen und lumbo-thorakalen Rückenbeschwerden sowie Ellenbogenschmerzen links zugewiesen wurde –, hielt mit Bericht vom 30. Oktober 2015 (act. II 62 S. 6-8) fest, aufgrund des klinischen Bildes sowie der konventionellen

Röntgenbilder ergebe sich die Diagnose von mechanisch-statisch bedingten Rückenbeschwerden ohne Hinweise auf eine Systemaffektion oder ein radikuläres Reizsyndrom. Daneben bestehe eine chronische Epicondylalgie links (S. 7).

3.1.4 Im Bericht vom 18. Februar 2016 (act. II 68 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine seit 2009 bestehende paranoide Schizophrenie (S. 2).

In einem weiteren Bericht vom 21. März 2016 (act. II 71) hielt Dr. med. J. _____ als Diagnosen eine seit Juni 2015 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10) sowie sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen (ICD-10 F62.80 [S. 1]) fest (S. 1). Der Beschwerdeführer beklage sich seit 2013 über ein Schmerzsyndrom (syndrome algique) im Bereich der Schultern, der oberen Gliedmassen und der zervikalen Wirbelsäule (S. 2). Es bestehe seit dem 2. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.1.5 Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 20. November 2016 (act. II 81.1) hielten die Dres. med. E. _____ und F. _____ die folgenden Diagnosen fest (S. 11 und 18):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Zustand nach Myelonkompression bei grosser Diskushernie auf der Etage C5/6 am 25. November 2013 mit interkorporeller Spondylodese mit Cage-Verschraubung mit Titanplatte mit heute noch
 - o linksbetontem zumindest mässig ausgeprägtem Zervikalsyndrom
 - o linksbetonter residueller spastischer Beinparese mit Beeinträchtigung der Gehfähigkeit
 - o leicht ausgeprägtem Lumbovertebralsyndrom
- Leicht- bis mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.0/1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Kognitive Störungen, organisch nicht zuordenbar
 - Symptomausweitung
- Bei: Verdeutlichungstendenz/Aggravation

Der Beschwerdeführer fühle sich hauptsächlich durch seine Genickschmerzen mit Beeinträchtigung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit, aber auch durch seine Rückenschmerzen, die Einschränkung der Gehfähigkeit

mit Angabe regelmässiger Stürze und Unsicherheit sowie Schmerzen im linken Arm beeinträchtigt. Er erachte sich sowohl mit Bezug auf die angestammte wie auch jegliche angepasste Tätigkeit als arbeitsunfähig (S. 6 und 12).

Aus neurologischer Sicht bestehe eine linksbetonte spastische Paraparese als Folge einer zervikalen Myelopathie bei grosser Diskushernie auf der Etage C5/6 mit ausgedehnter Spastik der linken unteren Extremität und auch anzunehmender Schwäche derselben sowie auch Beeinträchtigung der Steh- und Gehfähigkeit mit reduzierter Gehstrecke. Zusätzlich bestehe ein Zervikalsyndrom, welches aktuell als mässig zu quantifizieren sei, sowie ein Lumbovertebralsyndrom, welches aktuell leicht bis höchstens mässig vorliege. Gegen ein wie vom Beschwerdeführer geltend gemachtes schweres Lumbovertebralsyndrom spreche der unauffällige MR-Befund vom 6. Mai 2016 mit regelrechtem lumbovertebralem und vertebrospinalen Kernspintogramm. Das Untersuchungsverhalten während der klinisch-neurologischen wie aber auch insbesondere der verhaltensneurologischen Untersuchung erschwere die Beurteilung. Beim Beschwerdeführer bestehe offensichtlich ein organischer Kern, der einen Teil der von ihm geltend gemachten Beschwerden als plausibel und nachvollziehbar erscheinen lasse. Zusätzlich bestehe aber eine ausgeprägte Verdeutlichungs-tendenz/Aggravation (S. 13). In Tätigkeiten mit Kopfwangshaltung sowie mehr als leichter Belastung des Schultergürtels wie auch mehr als nur geringer Anforderung an die Gehfähigkeit und den Gleichgewichtssinn sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. In einer angepassten Tätigkeit ohne mehr als leichte Anforderung an die Gehfähigkeit sowie ohne Kopfwangshaltung sowie ohne Belastung des Schultergürtels und der Körperachse sei von einer 20%igen Beeinträchtigung auszugehen. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse auch die Aggravationstendenz berücksichtigt werden, welche den Unterschied in der Beurteilung im Vergleich zu den anderen Ärzten im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit erkläre (S. 25).

In psychiatrischer Hinsicht liege – aufgrund der Untersuchungsbefunde, den Angaben des Beschwerdeführers und der Aktenlage – unter Berücksichtigung der ICD-10-Kriterien eine depressive Episode leichten bis mittleren Grades vor. Eine andere Diagnose könne aufgrund der vorliegenden

Befundlage nicht gestellt werden (S. 19). Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu 30% beeinträchtigt. Sollte aus somatischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit definiert werden und dies auch in einer angepassten Tätigkeit, so seien die Arbeitsunfähigkeiten nicht additiv zu verrechnen, da in der somatischen Beurteilung die Schmerzen ebenfalls mit berücksichtigt würden (S. 24).

Im Rahmen der Konsensbesprechung habe sich ergeben, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (S. 25).

3.1.6 Im zu Händen des zwischenzeitlich mandatierten Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstellten Bericht vom 15. März 2017 (act. II 95 S. 6) hielt Dr. med. J. _____ fest, im Gegensatz zum Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ sei beim Beschwerdeführer eine mittelgradige bis schwere rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) und insbesondere eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.8) zu diagnostizieren, welche in direktem Zusammenhang mit der somatischen Problematik stehe. Man könne also in keinem Fall von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode sprechen, denn diese Situation halte schon seit mehreren Jahren an (seit 2013). Der Beschwerdeführer verfüge heute nicht mehr über genügende kognitive Fähigkeiten, um im freien Arbeitsmarkt eingesetzt werden zu können. Ihm sollte mindestens eine Rente von 50% zugesprochen werden.

3.1.7 Dr. med. H. _____ hielt mit Bericht vom 4. April 2017 (act. II 95 S. 3 f.) fest, die somatosensibel evozierten Potentiale seien normal ausgefallen und damit gegenüber dem Vorbefund unverändert. Die neurologische Behinderung (Paraspastik) bedinge eine Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit Notwendigkeit zum längeren Laufen, wechselbelastende Tätigkeiten wären optimal. Funktionell sei der Beschwerdeführer noch durch Schmerzen eingeschränkt, welche aber nicht neurologischer Genese seien (S. 4).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 20. November 2016 ab (act. II 81.1). Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.3.1 So umfasste die bidisziplinäre Begutachtung eine neurologische und eine psychiatrische Untersuchung, womit sämtliche, vorliegend für die Beurteilung der funktionellen Beeinträchtigungen potentiell relevanten medizinischen Fachbereiche abgedeckt waren. Zwar erfolgte im Oktober 2015 auf Zuweisung des Hausarztes hin auch eine Untersuchung durch den Rheumatologen Dr. med. I. _____; diese förderte indes keine Befunde zu Tage, aufgrund derer auf ein zusätzliches rheumatologisches Leiden zu schliessen (gewesen) wäre (vgl. act. II 62 S. 6-8) und welches im gutachtlichen Kontext eine zusätzliche Untersuchung aus dem entsprechenden Fachbereich erfordert hätte, womit die Kritik des Beschwerdeführers, die „Kontrolle“ der Gutachter sei „nicht genügend“ gewesen, nicht verhängt. Es trifft auch nicht zu, dass die Untersuchungen „bei beiden Ärzten [...] eher psychisch und nicht physisch“ waren (vgl. Beschwerde), erfolgte doch die Erhebung des neurologischen Status detailliert und umfassend (vgl. act. II 81.1 S. 7 ff.). Der behandelnde Neurologe Dr. med. H. _____ gelangte im Bericht vom 4. April 2017 (act. II 95 S. 3 f.) denn auch zu keinen wesentlich anderen Schlussfolgerungen als zuvor Dr. med. E. _____; auch die (beweiswertige [vgl. E. 3.2.2 vorne]) FOMA der Begutachtungsstelle D. _____ vom 1. April 2015 (act. II 59.3) stimmt mit den Einschätzungen des Gutachters hinsichtlich der Befundlage und der Diagnosestellung weitgehend überein bzw. divergiert bezüglich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nur unwesentlich (vgl. E. 3.4.1 hinten).

3.3.2 Hinsichtlich der von Dr. med. J. _____ im Bericht vom 18. Februar 2016 (act. II 68 S. 2 ff.) erstmalig und einmalig diagnostizierten paranoiden Schizophrenie handelte es sich offensichtlich um eine Verwechslung bei der Berichterstellung (vgl. act. II 81.1 S. 18).

Insoweit Dr. med. J. _____ im Bericht vom 15. März 2017 (act. II 95 S. 6 f.) sowohl bei der diagnostischen Einordnung der psychischen Beschwerden wie auch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit andere Ergebnisse als Dr. med. F. _____ postuliert, ist Folgendes festzuhalten: Im Gutachten vom 20. November 2016 (act. II 81.1) hielt Dr. med. F. _____ fest, die von ihm gestellte Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode werde von Dr. med. J. _____ – bei welchem er fremdanamnestic Angaben eingeholt habe (vgl. S. 17 f.) – bestätigt

(S. 19). Es besteht kein Anlass, an diesen Angaben zu zweifeln, weshalb es schon allein deshalb nicht überzeugt, wenn der behandelnde Psychiater – zu Händen des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers – nunmehr eine seit 2013 bestehende mittelgradige bis schwere rezidivierende depressive Störung postuliert (act. II 95 S. 6). Mit Blick auf den Beginn der psychischen Beschwerden fällt zudem auf, dass im Rahmen der FOMA der Begutachtungsstelle D._____ vom 1. April 2015 das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose überzeugend verneint wurde (vgl. act. II 59.3 S. 28), und auch Dr. med. J._____ selber hatte noch im Bericht vom 21. März 2016 (act. II 71) festgehalten, die Beeinträchtigungen beständen seit Juni 2015 (S. 1). Seine anderweitige Darstellung im Bericht vom 15. März 2017 überzeugt in beweismässiger Hinsicht deshalb nicht. Im Weiteren untermauert Dr. med. J._____ die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren rezidivierenden depressiven Störung befundmässig nicht ansatzweise, sondern stellt sie unbegründet bzw. apodiktisch in den Raum. Was sodann die von Dr. med. J._____ weiter diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung anbelangt, so haben sowohl der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle D._____ (vgl. act. II 59.3 S. 28) als auch Dr. med. F._____ (act. II 81.1 S. 19) das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung überzeugend verneint.

Schliesslich stellt sich Dr. med. J._____ auf den Standpunkt, dem Beschwerdeführer sollte „eine Rente von 50% zugesprochen“ werden, welche rechtliche Schlussfolgerung jedoch allein den Recht anwendenden Behörden vorbehalten ist. Soweit er damit (auch) auf eine 50%ige – statt der von Dr. med. F._____ attestierten 30%igen – Arbeitsunfähigkeit schliesst, ist darauf hinzuweisen, dass die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung, eine grosse Varianz aufweisen kann, trägt die ärztliche Beurteilung doch von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Oktober 2013, 9C_464/2013, E. 3.2.3). Nachdem konkrete Hinweise fehlen, wonach die psychiatrische Begutachtung nicht lege artis erfolgt sein könnte und auch nicht ersichtlich ist, dass Dr. med. F._____ Schlussfolgerungen gezogen hätte, welche ausserhalb seines fachspezifischen Ermessensspielraums lägen, besteht kein Anlass, seine Einschätzung der

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der eine nicht unerhebliche Unsorgfalt aufweisenden Berichterstattung des Dr. med. J._____ in Zweifel zu ziehen.

3.3.3 Zusammenfassend bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der Dres. med. E._____ und F._____, womit sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt erweist und es der vom Beschwerdeführer (eventuell) beantragten weiteren Abklärungen nicht bedarf.

Gestützt auf die Konsensbesprechung der Dres. med. E._____ und F._____ gilt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die psychiatrische Einschätzung (act. II 81.1 S. 25) und die (somatisch und psychiatrisch attestierten) Arbeitsunfähigkeiten sind nicht additiv zu verrechnen (S. 24). Demnach liegt gemäss den Gutachtern Dres. med. E._____ und F._____ bidisziplinär eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von gesamthaft 30% vor.

3.4

3.4.1 Nach der Aktenlage stand in somatisch-neurologischer Hinsicht spätestens ab Juni 2014 (act. II 27 S. 3) der Zustand nach Myelondekompression bei Diskushernie im Bereich C5/6 respektive die darauf zurückgeführte linksbetonte residuelle spastische Beinparese mit Beeinträchtigung der Gehfähigkeit sowie ein linksbetontes Zervikalsyndrom im Vordergrund (act. II 38 S. 1; 44 S. 1; 59.3 S. 8; 81.1 S. 11) und es kann insoweit von einem seit September 2014 im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden. Soweit der Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend macht, er habe zusätzlich noch Probleme mit der Hüfte und dem rechten Bein, so machte er weder gegenüber der Begutachtungsstelle D._____ (vgl. act. II 59.3 S. 8) noch im Rahmen der Begutachtung durch die Dres. med. E._____ und F._____ (act. II 81.1 S. 6 und 15) entsprechende Angaben. Es fehlen in den Akten denn auch Hinweise, wonach sich im hier interessierenden Zeitraum zusätzlich Hüft- und Beinbeschwerden rechts auf das funktionelle Leistungsvermögen ausgewirkt hätten.

Demnach ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum grundsätzlich auf die im Rahmen der FOMA der Begutachtungsstelle D. _____ vom 1. April 2015 (act. II 59.3) – welche auf Untersuchungen von Mitte Februar 2015 beruht – sowie die im bidisziplinären Gutachten vom 20. November 2016 (act. II 81.1) von Dr. med. E. _____ getroffenen Feststellungen und Einschätzungen abzustellen, zumal Dr. med. H. _____ im Bericht vom 4. April 2017 (act. II 95 S. 3 f.) keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zum Vorbefund festgehalten hat. Wohl gelangen der Begutachtungsstelle D. _____ und Dr. med. E. _____ bei der Folgeabschätzung des im Wesentlichen über die Zeit unveränderten somatischen Gesundheitszustandes zu leicht divergierenden Einschätzungen, indem die Begutachtungsstelle D. _____ eine den Leiden angepasste Tätigkeit als grundsätzlich ganztätig zumutbar (act. II 59.3 S. 5) erachtete, während Dr. med. E. _____ insoweit eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte (act. II 81.1 S. 14). Indessen zeitigt diese Diskrepanz mit Bezug auf den geltend gemachten Rentenanspruch keine Auswirkungen (vgl. E. 3.3.3 vorne und E. 3.6 hinten).

3.4.2 Während in der Begutachtungsstelle D. _____ mangels Vorliegens eines psychischen Gesundheitsschadens keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 59.3 S. 28) wurde, diagnostizierte Dr. med. F. _____ anlässlich der Begutachtung vom 14. November 2016 eine leicht- bis mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.0/1 [act. II 81.1 S. 18]) sowie eine um 30% reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit.

Demnach ist für die Beurteilung der medizinisch theoretischen Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht für die Zeit bis und mit Mai 2015 gestützt auf die FOMA der Begutachtungsstelle D. _____ ein psychischer Gesundheitsschaden nicht erstellt und eine darauf basierende Arbeitsunfähigkeit dementsprechend ausgeschlossen. Für die Zeit ab Juni 2015 ist grundsätzlich auf die im Rahmen der Konsensbesprechung als massgeblich erachtete und beweiswertige (vgl. E. 3.3 vorne) Einschätzung von Dr. med. F. _____ im Gutachten vom 20. November 2016 abzustellen. Demnach beträgt die Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich den Leiden angepass-

ter Tätigkeiten – sowohl aus allein psychischer Sicht wie auch im Rahmen der Gesamtbetrachtung – medizinisch-theoretisch 30% (vgl. E. 3.3.3 vorne).

3.5 Für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit respektive der Invalidität ist zu beachten, dass dem Arzt bei der Folgenabschätzung der von ihm erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Weil die Arbeitsfähigkeit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2016, 9C_497/2016, E. 5.1).

Im Rahmen der FOMA der Begutachtungsstelle D._____ zeigten sich eine deutliche Selbstlimitierung sowie Inkonsistenzen und die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers wurde als nicht zuverlässig beurteilt (act. II 59.3 S. 3), weshalb die Arbeitsfähigkeit allein medizinisch-theoretisch beurteilt werden musste (S. 4). Auch im Gutachten der Dres. med. E._____ und F._____ vom 20. November 2016 wurde eine Tendenz zur Selbstlimitierung (act. II 81.1 S. 24) festgehalten; Dr. med. E._____ wies zudem auf die erschwerte Untersuchung infolge einer „Verdeutlichungstendenz mit offensichtlichen Inkonsistenzen“ hin (S. 13). Vor diesem Hintergrund sowie in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer namentlich in Bezug auf die festgestellte depressive Störung keine Medikamente einnimmt (vgl. S. 15) und somit auch nicht von einem grossen Leidensdruck auszugehen ist, erscheint es diskutabel, ob die von den Dres. med. E._____ und F._____ auf psychiatrischer Basis attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit auch in rechtlicher Hinsicht hinreichend ausgewiesen ist – dies umso mehr, als in der Begutachtungsstelle D._____ insoweit grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit festgehalten wurde. Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben, da jedenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30% ausgeschlossen ist (vgl. E. 3.4.2 vorne). Selbst, wenn deshalb zu Gunsten des Beschwerdeführers die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Bereich ... als nicht mehr zumutbar beurteilt wird und der Invaliditätsbemessung

eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit zugrunde gelegt wird, resultiert – wie nachfolgend zu zeigen ist – zu keinem Zeitpunkt ein Rentenanspruch.

4.

4.1 Dem Beschwerdeführer wurde ab September 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 9.1 S. 20, 36, 63, 88), womit im Lichte von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie mit Blick auf die im Februar 2014 (act. II 1 S. 6; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug der frühest mögliche Rentenbeginn (potentiell) im September 2014 zu liegen kommt. Zu prüfen ist demnach, ob im Zeitraum zwischen September 2014 bis zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2017 eine rentenbegründende Invalidität von mindestens 40% (vgl. E. 2.2 vorne) gegeben war.

4.2 Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) 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).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat beide Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) basierend auf den Werten der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2014 ermittelt, was im Lichte der höchstrichterlichen Praxis grundsätzlich zulässig (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30 [mit Bezug auf das Valideneinkommen] und BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188 [mit Bezug auf das Invalideneinkommen]) und auch vorliegend nicht zu beanstanden ist:

Hinsichtlich des Valideneinkommens geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz diverse Tätigkeiten verrichtete (act. II 15 S. 4 ff.; 55 S. 2). Zuletzt respektive bei Eintritt des Gesundheitsschadens im Juni 2013 arbeitete er im Rahmen eines Zwischenverdienstes bei der B._____ GmbH im Bereich ... (vgl. act. II 9.1 S. 8, 63; 23). Demnach sind für die Bestimmung des Valideneinkommens die Tabellen der LSE heranzuziehen. Abzustellen ist auf den Wert „Total“ von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer.

Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen, wobei dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs (zu den Voraussetzungen, vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301) bedarf es nicht, wäre ein solcher doch unter den gegebenen Umständen bei beiden – auf statistischen Daten beruhenden – Vergleichseinkommen vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Zudem wurden mit der hier berücksichtigten Einschränkung von 30% die Auswirkungen des Gesundheitsschadens bereits umfassend berücksichtigt (vgl. E. 3.4.2 vorne).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von maximal 30% (Entscheid des BGer vom 25. November 2016, 9C_532/2016, E. 3.1), womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.4 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde 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.

5.2 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Zwar hat der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss über Fr. 800.-- am 2. November 2017 geleistet. Nachdem jedoch die G._____ mit Schreiben vom 10. November 2017 (act. IA 5) dem Beschwerdeführer bestätigt hatte, dass er für das Beschwerdeverfahren über keinen Rechtsschutz verfügt, erscheint offensichtlich, dass er die prozessleitende Verfügung vom 30. Oktober 2017 nicht korrekt verstanden hat (vgl. dazu die Aktennotiz vom 13. November 2017 [in den Gerichtsakten]). Indem der Beschwerdeführer Sozialhilfe bezieht (act. IA 1 ff.) – dessen Prozessarmut mithin ausgewiesen ist – und die Rechtsbegehren zudem nicht als zum vornherein aussichtslos erscheinen, ist das Gesuch des nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführers um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten gutzuheissen.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege 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).

5.3 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in 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.