

200 18 137 IV

A. _____
ACT/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. April 2018

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Germann



A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. _____,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Januar 2018

Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... EFZ und zuletzt (bis Anfangs Februar 2014) als ... erwerbstätig, meldete sich im März 2014 unter Hinweis auf „Schlaflosigkeit, Rastlosigkeit, innere Unruhe, Verminderte Konzentrationsfähigkeit, Atemnot ausgelöst durch Stress und Angstzustände, Überforderung durch finanzielle u. soziale Ursachen, Selbstmedikation“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 5 S. 4 f.; 13; 27 S. 3). Die IVB tätigte Abklärungen, insbesondere zog sie die Akten der Suva betreffend einen am ... 2013 erlittenen Motorradunfall bei (act. II 22.1-22.3) und gewährte in der Folge ein Arbeitstraining (act. II 37). Dieses wurde bereits nach zwei Tagen abgebrochen (act. II 40 f.), nachdem sich der Versicherte am 25. September 2014 in stationäre psychiatrische Behandlung begeben hatte (act. II 45 S. 1). Im Mai 2015 schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab (act. II 46).

Im Rahmen einer vom Regionalen Sozialdienst durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahme trat der Versicherte im August 2015 eine Lehre als Elektroniker EFZ an, welche er im Oktober 2015 abbrach (act. II 47 S. 1; 50 S. 2 f.). Nachdem die zuständigen Eingliederungsfachpersonen zum Schluss gekommen waren, der Versicherte sei aus psychischen Gründen nur eingeschränkt vermittelbar (act. II 51 S. 5), ersuchten der Regionale Sozialdienst und der Versicherte die IVB im Februar 2016 um Wiederaufnahme der Eingliederungsmassnahmen bzw. um Prüfung der Rentenfrage (act. II 47). Die IVB holte medizinische Berichte ein und wies das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (act. II 58). In der Folge liess sie den Versicherten durch Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 1. August 2017 [act. II 87.1]). Mit Vorbescheid vom 22. August 2017 (act. II 90) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 15% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 92) und einen vom behandelnden Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, und von der behandelnden Psychotherapeutin, F. _____, unterzeichneten Bericht vom 10. Oktober 2017 einreichen (act. II 95; nachfolgend sowie bei den weiteren Berichten wird ausschliesslich Dr. med. D. _____ genannt), woraufhin die IVB bei Dr. med. E. _____ eine Stellungnahme einholte (act. II 100). Nachdem der Versicherte eine weitere Stellungnahme von Dr. med. D. _____ eingereicht hatte (act. II 103), entschied die IVB mit Verfügung vom 16. Januar 2018 (act. II 104) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____, mit Eingabe vom 16. Februar 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2018 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und er sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherungsleistungen zu befreien. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Januar 2018 (act. II 104). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). 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.

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 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).

3.

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

3.1.1 Am ... 2013 erlitt der Beschwerdeführer einen Motorradunfall (act. II 22.2 S. 1). Im Bericht des Spitals K. _____ vom ... 2013 (act. II 22.2 S. 1 f.) wurden rechtsseitige Flankenschmerzen, DD eine Weichteilkontusion, diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei durch den Rettungsdienst auf die Notfallstation zugewiesen worden; er sei weder bewusstlos gewesen

noch hätten Commotiozeichen bestanden. Die bildgebenden Untersuchungen hätten keine Hinweise für ossäre Läsionen oder Weichteilverletzungen ergeben. Es sei vom ... 2013 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 1).

3.1.2 Vom 7. Februar bis 6. Mai 2014 erfolgte eine stationäre Hospitalisation. Im entsprechenden Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 30. Mai 2014 (act. II 29 S. 3 ff.) wurden eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADS; ICD-10 F90.0) sowie ein Status nach Amphetamin- und Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (S. 5). Der Beschwerdeführer habe bei der Aufnahme berichtet, dass sein Vater ihm zu einer stationären Behandlung geraten habe. Es hätten sich viele Dinge in ihm angestaut. Dies seien einerseits sein Alkohol- und Drogenkonsum, andererseits aber auch Depressionen und Existenzängste (S. 3). Der Amphetamin- und Alkoholentzug sei ohne Komplikationen verlaufen, eine medikamentöse Unterstützung dafür habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Im Verlauf der stationären Hospitalisation unter psychotherapeutischer Behandlung und Medikamenteneinstellung habe sich das psychische Zustandsbild erheblich gebessert (S. 4 f.). Zunächst sei eine Anschlussbehandlung in der Tagesklinik angedacht gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich schliesslich gegen ein Indikationsgespräch und eine Aufnahme entschieden, da er wieder in das Berufsleben habe einsteigen wollen (S. 5).

Vom 25. September bis 18. November 2014 erfolgte eine weitere Hospitalisation. Im entsprechenden Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 12. Dezember 2014 (act. II 45) wurde ein präpsychotisches bis psychotisches Zustandsbild unklarer Genese (ICD-10 F23.8), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), diagnostiziert (S. 4). Nach der letzten stationären Hospitalisation sei es ihm zunächst recht gut gegangen, er habe aber keinen Job gefunden. Am vergangenen Montag habe er ein IV-Abklärungsprogramm gestartet. Innerhalb zweier Tage habe er dort vermehrt Angstzustände mit unkontrollierten Gefühlsausbrüchen, Hyperventilation und Zittern am ganzen Körper erlebt (S. 1 f.). Zum Verlauf der Therapie wurde festgehalten, initial hätten grosse

Anspannung, innere Unruhe, Schuldgefühle, starke Zukunfts-, Existenz- und Verlustängste bestanden und diffuse Angstzustände mit Panik und daraus resultierenden unkontrollierten Emotionsausbrüchen und Handlungen bis hin zu Suizidandrohungen. Im Verlauf der Hospitalisation habe sich das psychische Zustandsbild tendenziell gebessert. Gegenüber einer medikamentösen Einstellung habe sich der Beschwerdeführer ablehnend gezeigt. Es sei ein Übertritt in eine betreute Wohnform beabsichtigt (S. 3).

3.1.3 Vom 7. Januar bis 1. April 2016 unterzog sich der Beschwerdeführer einer weiteren Hospitalisation. Im entsprechenden Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G._____ vom 15. April 2016 (act. II 59 S. 2 ff.) wurden als Diagnosen eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine PTBS (ICD-10 F43.1) mit psychosenahen Zuständen – DD: Präpsychotisches bis psychotisches Zustandsbild unklarer Genese (ICD-10 F23.8) – sowie Konsum von mehrheitlich aktivierenden Drogen festgehalten (S. 5). Der Beschwerdeführer habe angegeben, er kämpfe mit aufkommenden Gefühlen von früher. Er habe viele schlimme Dinge in seiner Kindheit erlebt, die er gerne verarbeiten möchte. Er konsumiere täglich Alkohol und nehme sporadisch Drogen ein (S. 2 f.). Im Verlauf der Hospitalisation habe sich das psychische Zustandsbild tendenziell gebessert. Er habe motiviert werden können, gegen die Schlafstörung Trittico einzunehmen. Gegenüber einer weiteren medikamentösen Therapie habe er sich ablehnend gezeigt. Er habe jedoch den starken Wunsch geäussert, eine Traumatherapie zu machen und sich mit seiner Vergangenheit auseinanderzusetzen (S. 4).

3.1.4 Mit Bericht vom 12. Mai 2016 (act. II 53 S. 2-7) hielt Dr. med. D._____ fest, die Behandlung bei ihm erfolge seit November 2014 (S. 2). Der Beschwerdeführer habe 2012 (richtig: 2013) einen Motorradunfall erlitten, der einige Kindheitstraumata reaktiviert habe. Auf Grund der langjährigen Traumatisierungen und Aufmerksamkeitsstörung und der bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer sei anzunehmen, dass eine nachhaltige psychische Stabilisierung schwierig zu erreichen sei. Auch die mehreren Aufenthalte in der Klinik hätten keine nachhaltigen Wirkungen erzeugen können. Es sei deshalb dringend notwendig, dass sich der Beschwerdeführer einer stationären Traumabehandlung unterziehe (S. 3).

3.1.5 Vom 26. April bis 19. Mai 2016 erfolgte ein teilstationärer Aufenthalt in der Tagesklinik des Spitals H._____. Im Austrittsbericht vom 24. Mai 2016 (act. II 62 S. 2 ff.) wurde festgehalten, die Zuweisung sei erfolgt, um die Zeit bis zum geplanten Eintritt in die Klinik I._____ – der Beschwerdeführer wünsche eine „Bearbeitung seiner Kindheitstraumata“ – zu überbrücken (S. 2). Mit Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung wurde festgehalten, es sei dem Beschwerdeführer nicht gelungen, auch nur das reduzierte Tagesprogramm der Tagesklinik regelmässig und pünktlich zu besuchen. Der Beschwerdeführer scheine ein starkes Autonomiebedürfnis zu haben und gerade nicht in der Lage zu sein, verbindliche Abmachungen im Rahmen eines Tagesklinikaufenthaltes einzuhalten. Mit ein Faktor seien sicher der intermittierende Drogenkonsum und die mangelnde Compliance in der Medikamenten-einnahme gewesen (S. 3). Deshalb sei es zu einem vorzeitigen Austritt gekommen (S. 4).

3.1.6 Vom 20. Juli bis 29. September 2016 erfolgte eine Hospitalisation in der Klinik I._____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 30. September 2016 (act. II 66 S. 1-6) wurde eine komplexe PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) diagnostiziert (S. 1). Der Beschwerdeführer habe berichtet, anlässlich des Motorradunfalls im ... 2013 seien Intrusionen hochgekommen. Er sei von diesen überflutet worden und habe dabei Todesangst erlebt (S. 2). Im Rahmen der Traumatherapie habe der Beschwerdeführer viele Erinnerungen aus seiner Kindheit zurückgewonnen (S. 4). In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei als äusserst motiviert und kooperativ erlebt worden. Er verfüge über gute kognitive Fähigkeiten und eine gute Introspektionsfähigkeit (S. 5).

3.1.7 Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt im ärztlichen Bericht vom 9. Dezember 2016 (act. II 69 S. 4 ff.) fest, die medizinische Sachlage erscheine unklar. Die Begründungen, es liege eine komplexe PTBS vor, die eine jahrelange Traumatherapie erfordere, überzeugten nicht ohne weiteres. Auch wenn der Beschwerdeführer sich einer ersten stationären Traumatherapie unterzogen habe, blieben Traumafolgen, das aktuelle Vorliegen der Kriterien einer PTBS und auch ein möglicher Einfluss von Drogen auf die

aktuelle Situation ungewiss. Ein Einfluss eines (postulierten und den Anlass für eine iatrogene Amphetamin-Substitution bietenden) ADS sei nicht ohne weiteres plausibel, habe der Beschwerdeführer doch immerhin früher Schulen und Ausbildung erfolgreich abschliessen können (S. 7).

3.1.8 Vom 13. Februar bis 18. April 2017 erfolgte eine zweite Hospitalisation in der Klinik I. _____. Im Austrittsbericht vom 4. Juli 2017 (act. II 84 S. 1-6) wurden eine komplexe PTBS (ICD-10 F43.1), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie ein Verdacht auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) diagnostiziert (S. 1). Der Beschwerdeführer könne einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nachkommen (S. 3).

3.1.9 Im psychiatrischen Gutachten vom 1. August 2017 (act. II 87.1) hielt Dr. med. E. _____ folgende Diagnosen fest (S. 39):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Kombinierte (narzisstisch, impulsiv, histrionisch) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)

- bei hyperkinetischer Störung (ICD-10 F90)
- mit (un-)regelmässigem Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabinoiden sowie anamnestisch Gebrauch von LSD, Kokain, Amphetaminen (inkl. Ecstasy), Pseudoephedrin, Ketamin, psychotropen Pilzen, Heroin und Codein

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/ F33.4)
- Verdacht auf PTBS (ICD-10 F43.1)
- Verdacht auf sonstige akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23.8)

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, anlässlich der Untersuchung am 19. Juli 2017 seien die psychopathologischen Befunde teilweise leicht bis mittelschwer ausgeprägt gewesen (S. 23; 30). Die geschilderten Beschwerden und ab 2002 bzw. 2014 fachärztlich dokumentierten Befunde könnten als Ausdruck einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0; mit narzisstischen, impulsiven und histrionischen Anteilen) eingeordnet werden. Zusätzlich lasse sich eine hyperkinetische Störung (ICD-10 F90, ADS/ ADHS) bestätigen (S. 24). Deren Defizite ständen zurzeit weit im Vordergrund (Konzentration, Aufmerksamkeit, Stressbewältigung, soziale Interaktion, Emotionsregulation, Frustrationstoleranz, Stimmungs-

schwankungen) und seien (v. a. psychopharmakologisch) nicht angemessen behandelt (S. 30; 35). Eine parallel dazu in unterschiedlicher Ausprägung genannte depressive Störung sei remittiert (ICD-10 F32.4/ F33.4). Der dokumentierte multiple Substanzgebrauch zeige sich gegenwärtig als (un-)regelmässiger Konsum von Alkohol, Tabak/Nikotin und Cannabinoiden. Eine vollständige Abstinenz bestehe gemäss Angaben des Beschwerdeführers nicht (S. 24). Der regelmässige Substanzgebrauch sei Ausdruck der Persönlichkeitsstörung und versicherungspsychiatrisch als sekundär einzuordnen (S. 37). Der Verdacht auf eine PTBS könne nicht bestätigt werden: Es fänden sich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein, auf emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, auf Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, auf vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder auf eine übermässige Schreckhaftigkeit. Ebenso sei der Verdacht auf eine sonstige akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23.8) nicht begründet bzw. nie begründet gewesen (S. 24).

Die leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung begründe eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (von 100%) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für angepasste Tätigkeiten (Toleranz bezüglich der interaktionellen Defizite) könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 44). Hinsichtlich der hyperkinetischen Störung seien die tatsächlichen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit nicht hinreichend von jenen der Persönlichkeitsstörung abgrenzbar. Die Bereiche der tatsächlichen Leistungsminderung seien weitgehend identisch, so dass sie nicht addiert werden könnten. Für den Defiziten der hyperkinetischen Störung angepasste Tätigkeiten (wenig Zeit- und Leistungsdruck, strukturierte Arbeitsabläufe, proaktive Betreuung, Routinearbeiten, wenig Kunden- und Teamkontakt) könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 45).

Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab Mai 2012 (Ende der Ausbildung und Abschluss der Rekrutenschule). Zur aktuellen Dekompensation sei es im Jahr 2014 gekommen. Die in der Folge postulierte Arbeitsunfähigkeit könne

für Zeiten der (teil-/ voll-)stationären Hospitalisationen (formal) bestätigt werden (S. 45).

3.1.10 In der zu Händen der Rechtsvertretung verfassten Stellungnahme vom 10. Oktober 2017 (act. II 95 S. 2 ff.) äusserte Dr. med. D._____ mannigfaltige Kritik am Gutachten von Dr. med. E._____. Dieser nahm mit Bericht vom 22. November 2017 (act. II 100) Stellung, wozu sich Dr. med. D._____ mit einer weiteren Stellungnahme vom 21. Dezember 2017 (act. II 103 S. 3-6) wiederum äusserte.

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 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 1. August 2017 (act. II 87.1) erfüllt für sich sowie im Verbund mit seiner Stellungnahme vom 22. November 2017 (act. II 100) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

Danach liegt eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit narzisstischen, impulsiven und histrionischen Anteilen bei hyperkinetischer Störung (ICD-10 F90) bei Substanzgebrauch vor, welche Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit jedoch nicht beeinflussen. Ebenso wenig wirken sich die gegenwärtig remittierte depressive Störung (ICD-10 F32.4/ F33.4) sowie die allein verdachtsweise gestellten Diagnosen PTBS (ICD-10 F43.1) und sonstige akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10 F23.8) auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus (act. II 87.1 S. 39; 44 f.).

3.4 Was der Beschwerdeführer insbesondere unter Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. med. D. _____ dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

3.4.1 Zunächst beanstandet der behandelnde Psychiater, Dr. med. E. _____ erwähne nicht, dass der Beschwerdeführer im ... 2013 einen Motorradunfall erlitten habe, welcher ein einschneidendes Ereignis darstelle und bei der Erörterung sowohl der Diagnostik wie auch der Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit von erheblicher Bedeutung sei, indem dieser Unfall als „lebensbedrohende Erfahrung traumatisierend“ gewesen sei und gleichzeitig auch alte Traumatisierungen aus der Kindheit aktiviert habe (act. II 95 S. 2; 5).

Zum Unfallhergang vom ... 2013 geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer (als Motorradfahrer) mit rund 60km/h unterwegs war, als er einem auf seiner Fahrspur entgegenkommenden Personenwagen ausweichen musste und dabei stürzte. Ein zur Unfallstelle kommender Passant rief Polizei und Ambulanz (act. II 22.2 S. 1; 22.3). Gemäss Bericht des Spitals K. _____ vom ... 2013 erlitt der Beschwerdeführer einzig eine Abschürfung an der rechten Flanke mit Hämatom, während ossäre Läsionen

und Weichteilverletzungen bildgebend ausgeschlossen werden konnten. Der Beschwerdeführer konnte das Spital noch am selben Tag verlassen (vgl. auch Beschwerde, S. 7, Ziffer 11; 22.2 S. 3); eine Arbeitsunfähigkeit wurde lediglich für fünf Tage attestiert (act. II 22.2 S. 1). Entgegen Dr. med. D._____ stellt dieser Unfall demnach weder mit Blick auf dessen Hergang noch aufgrund der erlittenen Verletzungen ein lebensbedrohendes Ereignis dar. Daran ändert auch das erstmalige beschwerdeweise Vorbringen, das Traumatische am Ereignis sei die Erfahrung der Hilflosigkeit in Anbetracht der vorbeifahrenden Fahrzeuge und der Tatsache, dass er relativ lange auf Hilfe habe warten müssen (Beschwerde, S. 7, Ziffer 11), nichts. Anlässlich der stationären psychiatrischen Behandlungen vom 7. Februar bis 6. Mai 2014 (act. II 29 S. 3), vom 25. September bis 18. November 2014 (act. II 45 S. 1) und vom 7. Januar bis 1. April 2016 (act. II 59 S. 2) wurde das Ereignis vom ... 2013 denn auch nicht erwähnt, geschweige denn als Auslöser oder gar Ursache der im Februar 2014 erfolgten psychischen Dekompensation in Betracht gezogen. Erst im Bericht vom 12. Mai 2016 (act. II 53 S. 2-7) erwähnte Dr. med. D._____ den Motorradunfall, welcher „einige Kindheitstraumata reaktiviert“ habe (S. 3). Im Anhang zum Bericht hielt er jedoch auch fest, die psychischen Beeinträchtigungen beständen seit der Rekrutenschule (S. 8).

Im Rahmen der vom 20. Juli bis 20. September 2016 (act. II 66 S. 1) sowie vom 13. Februar bis 18. April 2017 (act. II 84 S. 1) durchgeführten stationären traumaspezifischen Psychotherapie wurden die psychischen Beschwerden ebenfalls nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... 2013 gesehen – dieses wurde im Rahmen der Traumaanamnese nur am Rande bzw. zuletzt überhaupt nicht mehr erwähnt (vgl. act. II 66 S. 2; 84 S. 1) – sondern auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Gewalterfahrungen in der Kindheit bezogen (vgl. act. II 66 S. 4). Wenn Dr. med. D._____ deshalb – im Sinne eines (sozialversicherungsrechtlich unzulässigen) post hoc propter hoc-Schlusses (vgl. act. II 95 S. 5; 100 S. 2) – den Unfall vom ... 2013 nunmehr als massgebliche Ursache der psychischen Störungen erachtet, so erweist sich dies mit Dr. med. E._____ sowie mit Blick auf die medizinische Aktenlage als „spekulativ“ (act. II 100 S. 2), womit der Einwand nicht geeignet ist, den Beweiswert des Gutachtens vom 1. August 2017 in Frage zu stellen.

3.4.2 Ferner ist der Vorwurf, Dr. med. E. _____ begründe nicht, warum er die Diagnose einer PTBS nicht (vgl. act. II 103 S. 5) bzw. allein verdachtsweise (vgl. act. II 95 S. 3) gestellt habe, klar aktenwidrig. Der Gutachter zog eine PTBS aufgrund der Angaben in den Akten durchaus in Erwägung, konnte sie jedoch im Lichte der objektiven psychopathologischen Befundlage nicht bestätigen, was er denn auch ausführlich und unter Bezugnahme auf die diagnostischen Kriterien begründete (vgl. act. II 87.1 S. 27 ff.). Indem Dr. med. E. _____ die Diagnose der PTBS allein verdachtsweise stellte, hat er sie folgerichtig auch unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet, da ein möglicher, ihr zugrundeliegender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

3.4.3 Sodann stimmt Dr. med. D. _____ mit Dr. med. E. _____ insoweit ausdrücklich überein, als die depressive Störung remittiert ist und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst (act. II 103 S. 5). Weiter herrscht zwischen dem behandelnden und dem begutachtenden Arzt auch insoweit Konsens, als beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung bei hyperkinetischer Störung sowie bei regelmässigem (sekundärem) Substanzgebrauch vorliegt (act. II 95 S. 2; 103 S. 5). Indessen kritisiert Dr. med. D. _____, die von Dr. med. E. _____ vorgenommene „Diagnosestellung mit Schweregradbezeichnung“ im Sinne einer „leicht ausgeprägten Persönlichkeitsstörung“ sei irreführend. Die Persönlichkeitsstörung sei „per Definition eine recht schwerwiegende Störung“, ansonsten von akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen sei. Auch irre der Gutachter, wenn er glaube, die Defizite der Persönlichkeitsstörung seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung „bewältigbar“ (act. II 95 S. 3).

Nach den diagnostischen Leitlinien der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ist die Kategorie F61 (kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen) vorgesehen für Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsanomalien, die „häufig zu Beeinträchtigungen führen“, aber nicht die spezifischen Symptombilder der in F60 beschriebenen Störungen aufweisen. Daher sind sie „häufig“ schwerer als die Störungen in F60 zu diagnostizieren (vgl.

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 284). Indem diese Störungen demnach „häufig“ – aber eben nicht immer – zu Beeinträchtigungen führen, impliziert die Diagnose, anders als dies Dr. med. D._____ postuliert, nicht auch schon den Schweregrad der Störung. Wenn Dr. med. E._____ somit unter Berücksichtigung der konkreten Umstände festhält, die Persönlichkeitsstörung sei beim Beschwerdeführer nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren Persönlichkeitsstörung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit des Beschwerdeführers (fast) vollständig verunmögliche (act. II 87.1 S. 31) bzw. der Gutachter von einem eher tiefen Ausprägungsgrad der Persönlichkeitsstörung ausgeht, so bewegt er sich damit innerhalb der diagnostischen Leitlinien und die Kritik von Dr. med. D._____ erweist sich als unbegründet, da er auch keinen konkreten Aspekt benennt, den der Gutachter nicht beachtet hätte.

Im Weiteren verkennt Dr. med. D._____, dass mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens noch nicht gesagt ist, 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 (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob und inwieweit ein Gesundheitsschaden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (respektive das funktionelle Leistungsvermögen) zeitigt, ist vielmehr die medizinische Befundlage (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Diese präsentierte sich anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. E._____ am 19. Juli 2017 allein als „teilweise leicht bis mittelschwer ausgeprägt“ (act. II 87.1 S. 23; 30). Es liegen keine Berichte im Recht und auch Dr. med. D._____ behauptet nicht, dass der Gutachter die Befunde falsch erhoben hätte. Soweit Dr. med. D._____ allein aus der (im Grundsatz auch von Dr. med. E._____ bestätigten [act. II 87.1 S. 30]) Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf deren Unüberwindbarkeit und damit auf eine dauerhafte und vollständige Arbeitsunfähigkeit schliesst (vgl. act. II 103 S. 5 f.), kann ihm deshalb nicht gefolgt werden.

3.4.4 Im Weiteren weist Dr. med. E. _____ auf einen objektiv geordneten sozialen Kontext inklusive – trotz seit Jugendzeit bestehender Einschränkungen (act. II 87.1 S. 30) – abgeschlossener Berufsausbildung hin (zum ... mit EFZ [vgl. act. II 5 S. 4 f.]; 87.1 S. 31), was auch Dr. med. D. _____ anerkennt und hinzufügt, dass es dem Beschwerdeführer trotz „Traumatisierungen im Kindesalter, der ADHS-Problematik und einer wahrscheinlich dysfunktionalen Persönlichkeitsentwicklung“ gelungen sei, „die Rekrutenschule erfolgreich zu absolvieren, was doch eine gewisse psychische Widerstandskraft“ erfordere (act. II 95 S. 5). Dr. med. D. _____ stellt sich jedoch auf den Standpunkt, dass die eigentliche psychische Dekompensation nach dem Motorradunfall im ... 2013 erfolgt sei und der Beschwerdeführer – wohl auch mit Blick auf die gescheiterten Eingliederungsmassnahmen – seine Kompensationsmechanismen nicht über längere Zeit aufrechterhalten könne (S. 3, 5).

Aus den Akten geht zwar hervor, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen zweimal abgebrochen werden mussten (vgl. act. II 41; 51). Dr. med. E. _____ weist jedoch in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Berichten darauf hin, dass nicht krankheitsbedingte Faktoren wie u.a. die aktenmässig wiederholt dokumentierte ungenügende Medikamentencompliance (vgl. act. II 29 S. 4; 45 S. 3; 59 S. 4; 62 S. 3) nicht kritisch erörtert worden seien und die gescheiterten beruflichen Massnahmen sich nicht allein durch die Entwicklung des Gesundheitsschadens erklären liessen (act. II 100 S. 3). Zudem basieren Berichte von Eingliederungsfachpersonen nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2). Soweit die Eingliederungsfachpersonen den Abbruch der Eingliederungsmassnahmen mit der Unzuverlässigkeit des Beschwerdeführers begründeten (vgl. act. II 51 S. 5), ist damit eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung respektive eine allein krankheitsbedingte „Inkonstanz“ (Beschwerde, S. 6, Ziffer 10) nicht erstellt.

3.4.5 Sodann vermögen auch die in der Beschwerde vorgebrachten Argumente die Schlussfolgerungen des Gutachtens nicht in Frage zu stel-

len: Auch wenn der Beschwerdeführer im Rahmen von Schule und Ausbildung Probleme hatte (vgl. Beschwerde, S. 4, Ziffer 4), so war er in dieser Hinsicht dennoch erfolgreich (vgl. auch E. 3.4.4 vorne). Ferner hält auch Dr. med. E. _____ fest, dass beim Beschwerdeführer leichte bis (kurzfristig) maximal mittelschwere Einschränkungen unter anderem im Bereich persönlicher Beziehungen bestehen (act. II 87.1 S. 30), was jedoch nichts daran ändert, dass sich der soziale Kontext insgesamt als geordnet strukturiert erweist, indem der Beschwerdeführer soziales Interesse zeigt und soziale Kontakte pflegt (S. 31), was auch in der Beschwerde grundsätzlich nicht in Frage gestellt wird (S. 5, Ziffer 5). Ob es sich sodann bei den durchgeführten Freizeitaktivitäten um eigentliche Hobbys oder – wie in der Beschwerde geltend gemacht (S. 5, Ziffer 6) – um „reine Beschäftigungen“ zwecks Zeitvertriebs handelt, kann offen bleiben: Abgesehen davon, dass die behandelnden Ärzte der Klinik I. _____ durchaus von „der Ausübung von Hobbys“ ausgehen, bei denen er offenbar seine Kompetenzen umsetzen kann (vgl. act. II 84 S. 3), weisen auch „reine Beschäftigungen“ auf beruflich verwertbare Ressourcen hin, zumal der Beschwerdeführer sich mit Elektronik, Digitaltechnik sowie Programmieren, mithin (intellektuell) anspruchsvollen Thematiken, auseinandersetzt (act. II 87.1 S. 38). Schliesslich hat Dr. med. E. _____ die Defizite des Beschwerdeführers hinreichend berücksichtigt und entsprechend auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestätigt (S. 30 f.).

3.5 Zusammenfassend ergeben sich aus den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie aus den Berichten von Dr. med. D. _____ keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 1. August 2017 sprechen. In der Folge ist medizinisch mit Bezug auf den massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) eine vollständige Arbeitsfähigkeit in den Leiden angepassten Tätigkeiten (Toleranz bezüglich der interaktionellen Defizite, wenig Zeit- und Leistungsdruck, strukturierte Arbeitsabläufe, proaktive Betreuung, Routinarbeiten, wenig Kunden- und Teamkontakt) für den gesamten Beurteilungszeitraum erstellt (act. II 87.1 S. 44 f.). Es kann offen bleiben, ob die Indikatorenprüfung (vgl. BGE 143 V 418) hinsichtlich sämtlicher Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit ergäbe, da dies am Ergebnis nichts änderte.

Gestützt auf diese Feststellungen ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer meldete sich im März 2014 zum Leistungsbezug an (act. II 1 S. 6) und war bis Anfangs Februar 2014 erwerbstätig (act. II 13), so dass der frühest mögliche Rentenbeginn im Jahr 2015 liegt (Art. 28 Abs. 1 lit. b und 29 Abs. 1 IVG). Mit Blick auf das Ergebnis kann offen bleiben, ob das Wartejahr (vgl. E. 2.2 vorne) erfüllt ist (vgl. act. II 87.1 S. 44).

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) 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 143 V 295 E. 2.2 S. 297 [mit Bezug auf das Invalideneinkommen]) und auch vorliegend nicht zu beanstanden ist. Mit Blick auf den Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns (vgl. E. 4.1 vorne) sowie getreu dem Grundsatz, wonach bei der Invaliditätsermittlung die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297), ist jedoch auf die LSE 2014 abzustellen.

Hinsichtlich des Valideneinkommens geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Abschluss der Ausbildung zum ... EFZ (act. II

5 S. 4 f.) diverse und allein (kurzzeitige) temporäre Anstellungen innehatte (act. II 27 S. 3). Zuletzt arbeitete er als ... (vgl. act. II 13 S. 1; 27 S. 3). Die Beschwerdegegnerin legte dem Valideneinkommen den Wert Total von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde, was unter den gegebenen Umständen nicht zu bestanden ist: Zwar verfügt der Beschwerdeführer – wie dargelegt – über einen Berufsabschluss, indessen erzielte er gemäss der Übersicht aus dem individuellen Konto (IK) im Rahmen seiner bisherigen temporären Beschäftigungen allein bescheidene Einkommen (vgl. act. II 11 S. 2 f.) und es bestehen keine Hinweise in den Akten, welche im massgeblichen Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich auf eine anderweitige Lohnentwicklung schliessen lassen.

Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls statistische Werte gemäss LSE 2014 zu berücksichtigen, wobei mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.5 vorne) auf dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen abzustellen ist.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (von hier 0%) unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn von angemessenen 15% (act. II 104 S. 1; Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_358/2017, E. 2.2), womit der Beschwerdeführer (bei einem Invaliditätsgrad von 15%) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.4 Doch selbst, wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers für die Ermittlung des Valideneinkommens auf den Wert gemäss Position 28 (Maschinenbau) von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 2, Männer, von LSE 2014 abgestellt würde, änderte dies am Ergebnis nichts: Zu berücksichtigen wäre dabei, dass den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der Tabellenposition gemäss Position 28, welche sich im Jahr 2015 auf 41.2 Wochenstunden

belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Position 28). Zudem wäre das Valideneinkommen der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Abschnitt C) betrüge das jährliche Valideneinkommen pro 2015 demnach Fr. 77'188.60 (Fr. 6'203.-- x 12 / 40 x 41.2 / 103.3 x 104).

Sodann resultierte – unter Zugrundelegung der in E. 4.3 verwendeten Bemessungsparameter mit dem maximal zulässigen leidensbedingten Abzug von 25%, unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total) sowie der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Abschnitt Total) – ein Invalideneinkommen von minimal Fr. 49'984.70 (Fr. 5'312.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.2 x 103.5 x 0.75).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergäbe dies eine Erwerbseinbusse von maximal Fr. 27'203.90 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 35% (Fr. 27'203.90 / Fr. 77'188.60 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123), womit der Beschwerdeführer auch bei den für ihn günstigsten Annahmen keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hätte (vgl. E. 2.2 vorne).

4.5 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist der Beschwerdeführer als unterliegend zu betrachten und er wird demzufolge kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

5.1 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse respektive seiner Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3 f.). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren und die anwaltliche Verbeiständung ist geboten, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit gutzuheissen und es ist ihm Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

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

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiervor) 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 Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

5.3.1 Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

5.3.2 Die Kostennote von Rechtsanwalt C. _____ vom 19. März 2018 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf total Fr. 1'321.05 festzusetzen (Honorar: Fr. 1'170.-- [neun Stunden à Fr. 130.--; Auslagen [Fr. 42.-- + Fr. 14.60] zuzüglich MWSt. von Fr. 94.45 [7.7% auf Fr. 1'226.60]).

5.4 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 und Beordnung von Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Dem amtlichen Anwalt C._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'321.05 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzte Entschädigung vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.