

200 18 552 IV
FUR/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Februar 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. Februar 2016 unter Hinweis auf „Weichteilrheuma“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 2). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter anderem das von der Krankentaggeldversicherung veranlasste interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ GmbH (Begutachtungsstelle C._____) vom 13. Juni 2016 (AB 16.2) ein. Nach einer teilstationären psychosomatischen sowie einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie zwischen Juni 2016 und Februar 2017 (AB 19, 23) erstellte die Begutachtungsstelle C._____ im Auftrag der IVB am 15. Januar 2018 ein Verlaufsgutachten (AB 48.1 samt Beantwortung von Nachfragen vom 8. März 2018 [AB 51.1]). Mit Verfügung vom 21. Juni 2018 (AB 64) wies die IVB den Anspruch auf IV-Leistungen nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 56, 59, 62) mit der Begründung ab, dass kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vorliege.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 6. August 2018 Beschwerde. Er lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2018 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab August 2016 eine ganze Rente auszurichten.
2. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei ihm der Unterzeichnende als unentgeltlicher Rechtsanwalt beizuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 3. Oktober 2018 machte der Beschwerdeführer von der erteilten Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen Gebrauch.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 21. Juni 2018 (AB 64). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

2.2.1 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.2 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).

2.2.3 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 Berücksichtigung 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), welche sich in die Kategorien „funktionaler Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). 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).

2.3 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.

2.4 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 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 13. Juni 2016 (AB 16.2) wurden folgende Diagnosen genannt (AB 16.2/19 f.):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- ICD-10 F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei:
 - im Rahmen eines fibromyalgieformen chronischen Schmerzsyndroms mit zunehmender Generalisierung
 - psychosozialen Belastungsfaktoren/emotionalen Konflikten durch Beruf und Migration
 - zunehmender depressiver Entwicklung
- ICD-10 F32.1 Mittelgradige depressive Episode mit/bei:
 - zunehmender chronischer Schmerzstörung seit fünf Jahren
 - anhaltenden psychosozialen Belastungen
- ICD-10 M75.1 Tendopathie der Schulter-Rotatorenmanschette beidseits

Diagnosen ohne sichere Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- ICD-10 M54.4 Lumboischialgieformes Schmerzbild beidseits unklarer Ätiologie
- ICD-10 M24.85 Status nach chirurgischer Hüftluxation links wegen Impingement 9.1.2015

Aus rheumatologischer Sicht sei bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf hinzuweisen, dass zurzeit noch Behandlungsprozesse im Gange seien, von deren Ausgang möglicherweise eine Situationsänderung im Sinne einer Verbesserung erwartet werden könne. Es handle sich einerseits um eine im März 2016 eingesetzte ambulante Rehabilitationsbehandlung am Spital D. _____ sowie andererseits um eine laut Beschwerdeführer im April 2016 vorgesehene stationäre psychosomatische Behandlung. Es sei evident, dass vor Abschluss dieser Massnahmen – zumindest der rheumatologischen Begutachtung – keine abschliessende Beurteilung möglich sei, da in keiner Weise ein Endzustand ohne Veränderungspotential vorliege. Dem aktuell einzigen mit einiger Sicherheit diagnostizierbaren somatischen Substrat, dem Reizzustand der beidseitigen Rotatorenmanschette, könne in der bisherigen Tätigkeit als ... eine Leistungsreduktion von rund 30 % bis 50 % beigemessen werden (AB 16.2/15). Aus psychiatrischer Sicht liege in Anbetracht der bisher ausgebliebenen Besserung, der

drohenden beruflichen und familiären Desintegration und der psychischen Komorbidität die Annahme nahe, dass die bisherigen therapeutischen Massnahmen nicht ausreichend seien und der Beschwerdeführer derzeit auch nicht über die nötigen psychophysischen Ressourcen zur Salutogenese verfüge. Analog zur rheumatologischen Beurteilung empfehle sich eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen, wobei eine teilstationäre, tagesklinische Behandlung z.B. in einer psychosomatisch orientierten Institution einer Hospitalisation vorzuziehen wäre, da der Explorand mit einer teilstationären Behandlung in seinem häuslichen Rahmen verbleibe und einer weiteren Distanzierung von seiner Familie entgegengewirkt werden könnte. Aufgrund der mittelschwer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit den damit verbundenen Störungen der Affektregulation, des Antriebs, der Denkabläufe, der Konzentrationsfähigkeit und der allgemeinen Belastbarkeit, der Ermüdungs-/Erschöpfungssymptomatik und der gedanklich-emotionalen Fokussierung auf das Schmerzerleben sei von einer erheblichen Beeinträchtigung der allgemeinen beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen. In der bisherigen Tätigkeit könne aufgrund der aktuellen psychischen Beeinträchtigungen lediglich eine Restleistungsfähigkeit von ca. 40 % erwartet werden, und die Tätigkeit als ... sei derzeit kontraindiziert. Einfache repetitive, manuelle Tätigkeiten wären theoretisch an maximal vier Stunden täglich (zeitliche Leistungsfähigkeit von 50 %) möglich, wobei von einer Einschränkung des Rendements im Umfang von mindestens 20 % auszugehen sei, so dass sich eine Gesamtleistungsfähigkeit von 40 % ergebe (AB 16.2/19). Die interdisziplinäre Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspreche der psychiatrischen Beurteilung (AB 16.2/21).

3.1.2 Im Austrittsbericht Tagesklinik E. _____ vom 23. Dezember 2016 (AB 19) hielten die Ärzte des Spitals D. _____, nach teilstationärem Aufenthalt vom 27. Juni bis 5. Dezember 2016 die folgenden Diagnosen (plus Nebendiagnosen) fest (AB 19/1 f.):

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Mittelschwere bis schwere depressive Episode
- Erektile Dysfunktion

Die zu Beginn grosse Verzweiflung und Anspannung seien im Verlauf deutlich geringer und der Umgang mit den Symptomen besser geworden, der

Beschwerdeführer habe sich weniger hilflos gezeigt. Als Anfang Oktober 2016 der Austritt aus der Tagesklinik thematisiert worden sei, sei aber eine Verschlechterung der Symptomatik eingetreten, weshalb ein stationärer Aufenthalt besprochen worden sei (AB 19/3).

3.1.3 Vom 8. Dezember 2016 bis 22. Februar 2017 war der Beschwerdeführer in der Privatklinik F._____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 6. März 2017 (AB 23) diagnostizierten die Ärzte Folgendes (AB 23/2):

- ICD-10 F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- ICD-10 F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- ICD-10 E78.5 Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
- ICD-10 M24.8 Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, andernorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel (Becken, Femur, Gesäss, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk)
- ICD-10 M75.1 Läsionen der Rotatorenmanschette
- ICD-10 E55.9 Vitamin D-Mangel, nicht näher bezeichnet

Der Beschwerdeführer sei in leicht gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden, wobei die Schmerzen weiterhin vorhanden gewesen seien und zum Klinikaustritt hin an Intensität wieder zugenommen hätten. Von akuten Suizidgedanken sei der Beschwerdeführer ausreichend distanziert und der Schlaf unter Medikamenteneinnahme teilweise geregelt gewesen. Die zu Beginn grosse Verzweiflung, massive innere Anspannung und ausgeprägte Wut seien tendenziell leicht rückläufig; die Stimmungslage habe sich leicht verbessert (AB 23/9).

3.1.4 Im November 2017 führte die Begutachtungsstelle C._____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin eine psychiatrisch-rheumatologische Verlaufsbegutachtung durch, wobei in der Expertise vom 15. Januar 2018 (AB 48.1) die folgenden Diagnosen festgehalten wurden (AB 48.1/28):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- ICD-10 F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei:
 - im Rahmen einer Fibromyalgie mit zunehmender Generalisierung im Sinne einer chronischen Schmerzkrankheit und weiteren somatischen Beschwerdeklagen
 - ACR-Kriterien 2010 und 1990 für das Fibromyalgiesyndrom erfüllt mit 18 von 18 positiven Fibromyalgiedruckpunkten, WPI 15 und SS-Score 10
 - Verdacht auf Dekonditionierung
 - mittelschwer ausgeprägt
 - psychosozialen Belastungsfaktoren/emotionalen Konflikten durch Beruf und Migration
 - zunehmender depressiver Entwicklung

- ICD-10 F32.1 Mindestens mittelgradige depressive Episode mit/bei:
 - zunehmender chronischer Schmerzstörung seit fünf Jahren
 - anhaltenden psychosozialen Belastungen

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- ICD-10 Q65.9 Leichte Cam-Deformität der rechten Hüfte (Arthro-MR Hüfte 22.09.15) mit/bei:
 - St. n. Impingementoperation Hüfte links am 9.1.2015
- ICD-10 M19.94 Beginnende arthrotische Deformierungen MCP-I- und MTP-1-Gelenke beidseits
- ICD-10 M43.95 Axiale Fehlhaltung mit/bei
 - muskulärer Dysbalance
 - muskulärem Hypertonus axial
 - abnormem Bewegungsmuster
- ICD-10 F52.2 Erektile Dysfunktion
- Ohne ICD-10 Code: Konstitutionelle Bandlaxizität
- Ohne ICD-10 Code: St. n. Hämorrhoiden-Operation Ende 90er Jahre

Über die Jahre seien von somatischer Seite her in mehreren Disziplinen breite Abklärungen durchgeführt worden, ohne dass grössere Pathologien hätten gefunden werden können. Die im MRI der HWS vor zwei Jahren konstatierte leichte Abnützungserscheinung gehe nicht über das altersübliche Ausmass hinaus und erkläre die Beschwerden von somatischer Seite nicht. Im früheren Gutachten sei eine Tendinopathie der Rotatorenmanschetten beidseits vermutet worden (vgl. AB 16.2/14). In der aktuellen Untersuchung hätten diesbezüglich keine spezifischen Befunde herauskristallisiert werden können, präsentierten sich doch beide Schultern mit den gleichen Druckdolenzen und Bewegungsschmerzen wie die meisten anderen Gelenke auch (AB 48.1/20). Von organischer Seite her könne kein somatisches Element die massiven Schmerzen erklären. Aufgrund der wahrscheinlichen Dekonditionierung komme im jetzigen Moment keine schwere Arbeit, jedoch eine leichte oder mittelschwere Arbeit bis zu 100 % in Frage. Vom therapeutischen Standpunkt her seien in erster Linie psychiatrische Massnahmen indiziert, wobei in somatischer Hinsicht dringend eine Re-konditionierung zu empfehlen sei (AB 48.1/21). In psychiatrischer Hinsicht könne diagnostisch eine generalisierte fibromyalgieforme chronische Schmerzkrankheit, die sich einer mittelschweren anhaltenden somatoformen Störung (ICD-10 F45.4) zuordnen lasse, und eine depressive Entwicklung mit gegenwärtig mindestens mittelgradiger depressiver Episode auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeitsdisposition/-akzentuierung

und von psychosozialen Belastungen/emotionalen Konflikten erfasst werden. Insgesamt habe sich der psychische Gesundheitszustand seit der Vorbegutachtung im März 2016 nicht verbessert, sondern bezüglich der depressiven Symptomatik und des Funktionsniveaus eher leicht verschlechtert. Die Angaben des Exploranden zum Verlauf in den letzten Monaten zeigten auf, dass es ihm derzeit knapp gelinge, aus eigener Kraft eine geregelte und adäquate Tagesstruktur einzuhalten und dass sich der Alltag gegenüber der Vorbegutachtung von 2016 eher noch passiver gestalte, indem er jetzt am Morgen, wenn die Kinder zur Schule gingen, noch schlafe und sie nicht mehr zur (und von der) Schule begleite. Stattdessen hätten sie jetzt einen Schlüssel. Sowohl die Mithilfe im Haushalt (die anamnestic auch zu seinen Aufgaben gehört habe) wie auch jegliche sportlichen Tätigkeiten seien vor allem aufgrund der Schmerzproblematik, aber auch aufgrund eines verminderten Antriebs und Motivation, aufgegeben worden. Die aktuellen therapeutischen Bemühungen samt einer teilstationären und stationären Behandlung hätten seit der Vorbegutachtung im März 2016 zu keiner wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes geführt, weder in Bezug auf die Schmerzstörung noch in Bezug auf das depressive Syndrom (AB 48.1/26). Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachterinnen aus, aus somatischer Sicht komme aufgrund der wahrscheinlichen Dekonditionierung im jetzigen Moment für den Exploranden keine schwere Arbeit in Frage (AB 48.1/32); aus psychiatrischer Sicht könne vorderhand keine verwertbare Arbeitsfähigkeit postuliert werden, dies retrospektiv anhaltend seit September 2015. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit könne der Explorand rheumatologischerseits leichte oder mittelschwere Arbeiten mit vollem zeitlichem Pensum ausüben. In psychiatrischer Hinsicht wären einfache manuelle, repetitive Tätigkeiten mit geringem Anspruch an die kognitiven Fähigkeiten, das Arbeitstempo, die Stressbelastbarkeit und an die sozialen Interaktionsfähigkeiten theoretisch an ca. drei bis vier Stunden täglich (zeitliche Leistungsfähigkeit von ca. 40 %) möglich und aus therapeutischer Sicht auch wünschenswert, wobei mit einer Einschränkung des Rendements im Umfang von ca. 20 % auszugehen sei, so dass sich eine Gesamtleistungsfähigkeit von ca. 30 % ergebe. Eine Einarbeitung im geschützten Rahmen (im Sinne eines Arbeitstrainings) sei aus psychiatrischer Sicht angezeigt. Retrospektiv bestehe die postulierte Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeit spätestens seit

der psychiatrisch-rheumatologischen Vorbegutachtung vom 13. Juni 2016, wahrscheinlich aber bereits seit September 2015 (AB 48.1/33).

3.1.5 Mit Stellungnahme vom 8. März 2018 (AB 51.1) beantworteten die mit der Expertise vom 15. Januar 2018 (AB 48.1) betrauten Dres. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, sowie H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die von der Beschwerdegegnerin gestellten Nachfragen (AB 49). Sie führten aus, die in der rheumatologischen Untersuchung beobachteten Selbstlimitierungstendenzen hätten die unterschiedliche Präsentation im Ausmass der Schulterbeweglichkeit links, die Beweglichkeit der HWS in der Untersuchung im Gegensatz zu den präsentierten Bewegungen bei der Selbstmobilisation als auch divergierende Schmerzangaben bei der Lasègue-Überprüfung betroffen (AB 51.1/1). Diese Inkonsistenzen seien nicht so massiv ausgeprägt gewesen wie das beobachtete Schmerzgebaren, wobei letzteres nicht zwingend als aggravatorisches Verhalten im Sinne eines gezielten, willentlich gesteuerten Verhaltens zu beurteilen sei, sondern mehrheitlich einem maladaptiven schmerzdemonstrativen Verhalten mit einem krankhaften, „neurotischen“ Hintergrund entsprochen habe (AB 51.1/1 f.). Das sowohl in der rheumatologischen wie auch in der psychiatrischen Untersuchung beobachtbare, ausgeprägte Schmerzgebaren sei in der rheumatologischen Untersuchung wahrscheinlich noch etwas ausgeprägter als in der psychiatrischen Untersuchung gewesen und auf einer Skala von ein bis zehn bei ca. acht anzusiedeln, wogegen die Selbstlimitierungstendenzen in der rheumatologischen Untersuchung auf einer Skala von eins bis zehn bei weniger als fünf Punkten liegen würden. Das schmerzdemonstrative Verhalten schliesse eine Fibromyalgie nicht aus und fliesse nicht in die diagnostischen Kriterien ein. Aus psychiatrischer Sicht stehe deshalb ein chronifiziertes, generalisiertes fibromyalgieformes Schmerzsyndrom im Vordergrund, weil seit mehreren Jahren anhaltende, diffuse, ausgedehnte (fibromyalgieforme) Schmerzen als eines der Hauptsymptome geklagt würden, welche organisch-strukturell nicht ausreichend bzw. nur ansatzweise erklärt werden könnten sowie auf alle bisherigen therapeutischen Bemühungen resistent gewesen seien und mit den besagten schmerzdemonstrativen, maladaptiven Verhaltensweisen einhergingen (AB 51.1/2).

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2018 (AB 64) massgeblich auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 15. Januar 2018 (AB 48.1) samt den ergänzenden Ausführungen in der Stellungnahme vom 8. März 2018 (AB 51.1) gestützt. Das Gutachten erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Es überzeugt grundsätzlich auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Namentlich wird überzeugend und mit einlässlicher Begründung dargestellt, was sich seit der Erstbegutachtung vom 13. Juni 2016 (AB 16.2)

geändert hat und dass die damals empfohlenen und zwischenzeitlich durchgeführten therapeutischen Massnahmen (vgl. AB 16.2/19) zu keiner wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes geführt haben (AB 48.1/26). Insbesondere aus rheumatologischer Sicht waren im Zeitpunkt des Erstgutachtens noch Behandlungsprozesse im Gange, von deren Ausgang möglicherweise noch eine gesundheitliche Verbesserung erwartet und damit nicht von einem Endzustand ohne Veränderungspotential gesprochen werden konnte (AB 16.2/15). Aber auch die im Jahr 2016 vorgenommenen psychiatrischen Therapiebemühungen (ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Psychopharmakotherapie) wurden als nicht ausreichend vermutet und deren Intensivierung analog zur rheumatologischen Beurteilung empfohlen (AB 16.2/18 f.). Nach umfassenden weiteren Therapiemassnahmen insbesondere in Form eines teilstationären Aufenthalts im Spital D. _____ (Tagesklinik E. _____) vom 27. Juni bis 5. Dezember 2016 (AB 19) gefolgt von einer stationären Behandlung in der Privatklinik F. _____ vom 8. Dezember 2016 bis 22. Februar 2017 (AB 23) sowie nach Aufnahme bzw. Weiterführung der ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung im Spital D. _____, seit 31. Mai 2016 (AB 39), konnten sich die Gutachterinnen der Begutachtungsstelle C. _____ ein schlüssiges Bild der nunmehr vorliegenden medizinischen Situation machen. Damit erbringt das Gutachten vom 15. Januar 2018 (AB 48.1) hinsichtlich der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen vollen Beweis. In der Folge ist mit Blick auf die – für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevanten – Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1; AB 48.1/28) im Lichte der Indikatoren zu prüfen, ob die von den medizinischen Sachverständigen bescheinigte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 70 % (AB 48.1/33) aus rechtlicher Sicht übernommen werden kann (vgl. E. 2.2 hiavor).

4.

4.1 Zur Prüfung auf der ersten Ebene (vgl. E. 2.2.2 hiavor) hält die Beschwerdegegnerin fest, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter

Gesundheitsschaden hier bereits deshalb ausscheide, weil überwiegend wahrscheinlich Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation, eines schmerzdemonstrativen Verhaltens und von Selbstlimitierungstendenzen bestünden (vgl. AB 64/2 sowie Beschwerdeantwort S. 2-4).

In der Expertise vom 15. Januar 2018 hielt die psychiatrische Gutachterin der Begutachtungsstelle C._____ ein schmerzdemonstratives Verhalten bzw. eine unverkennbare demonstrative Komponente fest (AB 48.1/18, AB 48.1/21 f.). Auch die rheumatologische Gutachterin stellte ein auffälliges Schmerzgebaren fest (AB 48.1/21). Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer aber bereitwillig und ausführlich Auskunft zu den gestellten Fragen und war im Antwortverhalten zumeist recht präzise (AB 48.1/17); so unterschied er insbesondere zwischen verschiedenen Schmerzlokalisationen je nach statischer Belastung und beschrieb auch verschiedene Schmerzqualitäten (AB 48.1/18). In der Gesamtwürdigung interpretierten die Expertinnen die demonstrative Komponente am ehesten als Ausdruck eines maladaptiven Schmerzverhaltens im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (AB 48.1/29 Ziff. 4), dies bei einem krankhaften „neurotischen“ Hintergrund (AB 51.1/2). Zwar konnten sie eine gezielte, willentlich gesteuerte aggravatorische Komponente mit Blick auf die während der rheumatologischen Untersuchung beobachteten Selbstlimitierungstendenzen nicht mit Sicherheit ausschliessen (AB 48.1/29 Ziff. 4), jedoch gingen sie aufgrund der vorhandenen Informationen zur familiären Situation davon aus, dass das gezeigte Verhalten nicht einfach kontextbezogen abgelegt werden kann (AB 51.1/2). Hierzu hielt Dr. phil. I._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, fremdanamnestisch denn ebenfalls fest, dass er nicht den Eindruck habe, dass der Beschwerdeführer aggraviere oder gar simuliere und dass die Problematik nur in gewissen Kontexten demonstriert würde, sondern dass er sich auch zu Hause so leidend und auffällig verhalte wie im therapeutischen Setting. Dabei sei deutlich erkennbar, dass vor allem die Kinder stark mitleiden würden; diese seien dem Beschwerdeführer sehr wichtig, was gleichermassen dagegen spreche, dass dieser seine Schmerzen und seine negative Befindlichkeit nur simulieren würde (AB 48.1/13). Unter diesen Umständen sowie unter Berücksichtigung der rechtsprechungsgemäss geforderten Klarheit hinsichtlich des Vorliegens

eines Ausschlussgrundes (E. 2.2.2 hiervor) kann ein solcher hier nicht angenommen werden.

4.2 Im Weiteren sind auf der zweiten Ebene (vgl. E. 2.2.3 hiervor) zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Die psychiatrische Gutachterin beurteilte die somatoforme Schmerzstörung mit Blick auf die ausgeprägte gedanklich-emotionale Fixierung auf das Schmerzerleben, die Tendenz zur Beschwerdeausweitung mit weiteren und immer neuen Symptomen, das ausgeprägte Schon- und Vermeidungsverhalten bezüglich körperlicher Belastungen, die psychiatrische Komorbidität, die bisherige Therapieresistenz sowie auch die erheblichen Auswirkungen im Bereich der sozialen Integration und der Familie als mittelschwer (AB 48.1/25, siehe auch AB 48.1/26). Im Gefolge des Schmerzsyndroms sei es zu einer depressiven Entwicklung mit einer inzwischen eigenständigen, mindestens mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode, einer Major Depression, gekommen (AB 48.1/23, 48.1/25), wobei formaldiagnostisch sogar die Kriterien für eine schwere Episode erfüllt wären (AB 48.1/25). Die Grundstimmung wirkte anlässlich der Begutachtung insgesamt erheblich deprimiert und insofern nicht gänzlich lebenszugewandt, als der Beschwerdeführer über wiederkehrende Gedanken an Tod und auch an Suizid vor allem bei starken Schmerzen berichtete, was er aber wegen der Kinder nicht tun würde. Die affektive Modulationsfähigkeit auf die verschiedenen Themen der Exploration sei in der Auslenkung erheblich eingeschränkt gewesen und habe ein stark vermindertes Spektrum affektiver Tönungen mit deutlichem Überwiegen negativ getönter Affekte (in erster Linie Enttäuschung, Perspektivlosigkeit, Resignation, Verbitterung, aber auch Wut) erkennen lassen (AB 48.1/18). Diese Befunde lassen sich denn auch mit dem geschilderten mehrheitlich passivem Alltag des Beschwerdeführers vereinbaren (AB 48.1/12; vgl. auch E. 4.3.1 hier nach). Die Gutachterinnen haben ebenso die vorhandenen (grundsätzlich nicht zu einer Invalidenrente berechtigenden [vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2]) psychosozialen Probleme im

familiären Bereich berücksichtigt (vgl. AB 48.1/12, 48.1/28-30). Diese sind hier insofern relevant, als sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden in Form der Schmerzstörung sowie des depressiven Geschehens aufrechterhalten bzw. deren Folgen verschlimmern und sich damit mittelbar Invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). Insgesamt wurden die klassifikatorischen Vorgaben an die Diagnosestellung eingehalten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 173 und 233) und ist von einer erheblichen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen.

4.2.1.2 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Nach Erstellung des Erstgutachtens vom 13. Juni 2016 (AB 16.2) war der Beschwerdeführer vom 27. Juni bis 5. Dezember 2016 im Spital D._____, in teilstationärem Aufenthalt (Tagesklinik E._____; AB 19), wobei die zu Beginn grosse Verzweiflung und Anspannung im Verlauf deutlich geringer und der Umgang mit den Symptomen (zunächst) besser geworden war. Als jedoch Anfang Oktober 2016 der Austritt aus der Tagesklinik thematisiert wurde, erfolgte eine Verschlechterung der Symptomatik, so dass ein stationärer Aufenthalt besprochen (AB 19/3) und in der Folge vom 8. Dezember 2016 bis 22. Februar 2017 in der Privatklinik F._____ durchgeführt wurde (AB 23). Hiernach erfolgte die Entlassung nach Hause hinsichtlich Verzweiflung, innerer Anspannung, Wut und Stimmungslage zwar in einem leicht gebesserten Zustand, die Schmerzen waren aber weiterhin vorhanden und nahmen zum Klinikaustritt hin an Intensität zu (AB 23/9). Nachvollziehbar führte die psychiatrische Gutachterin daher aus, dass der Beschwerdeführer von diesem stationären Aufenthalt nur mässig gut habe profitieren können (AB 48.1/23). Hinsichtlich der seit 31. Mai 2016 stattgehabten ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Sitzungen wurde im Bericht vom 7. Juli 2017 (AB 39) des Spitals D._____, weiterhin eine schwere depressive Episode konstatiert. Die Fibromyalgie zeige einen degenerativen Verlauf und die Zwischenmessungen hinsichtlich Depression hätten ergeben, dass sich diese trotz Be-

handlung verstärkt habe (AB 39/2). Die zusätzlich zwei Jahre vor dem Begutachtungszeitpunkt begonnene Paartherapie und später auch Familientherapie bei Dr. phil. I. _____ an der psychologischen Praxisstelle habe die Situation mit der Ehefrau und den Kindern höchstens ein bisschen gebessert (AB 48.1/10, vgl. auch AB 48.1/12 f.). Fremdanamnestisch konnten die Gutachterinnen am 15. Januar 2018 zudem in Erfahrung bringen, dass Dr. phil. J. _____ im Rahmen der seit zwei Jahren durchgeführten Behandlungen immer wieder akute „Brandherde“ habe löschen müssen und Fortschritte nur in ganz kleinem Rahmen erfolgt seien (AB 48.1/14). Zuletzt wurde im März 2018 eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlich bis zweiwöchentlichen Abständen in der Privatklinik F. _____ aufgenommen (Beschwerdebeilagen [act. I] 3). Im entsprechenden Bericht vom 18. Juli 2018, der zwar nach Verfügungserlass datiert, indes Rückschlüsse auf den hier massgebenden Zeitraum zulässt und daher zu berücksichtigen ist (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), wurde von einem trotz verschiedener psychiatrisch-psychotherapeutischen, somatischen und psychosomatischen Therapieinterventionen weitreichend einschränkendem Symptomkomplex berichtet (act. I 3/2) und die Prognose als sehr ungünstig sowie eine Genesung als unrealistisch eingestuft (act. I 3/3). Aufgrund dieser Darlegungen überzeugt, dass die psychiatrische Gutachterin – auch weiterhin (vgl. AB 16.2/19) – von einer bisherigen Therapieresistenz ausging (AB 48.1/26) und ausführte, dass in Anbetracht der trotz der intensiven therapeutischen Behandlungen ausgebliebenen Besserung, der drohenden familiären Desintegration und der psychischen Komorbidität die Annahme naheliege, dass der Beschwerdeführer derzeit auch nicht über die nötigen psychophysischen Ressourcen zur Salutogenese verfüge. In der Folge beurteilte sie weitere stationäre oder teilstationäre psychiatrische Behandlungen im Moment in überzeugender Weise als wenig zielführend und die Prognose bezüglich einer kurz- und mittelfristigen Besserung des psychischen Gesundheitszustandes als reserviert (AB 48.1/27). Die bisherige Therapie in der psychosomatischen Tagesklinik und Sprechstunde sowie wahrscheinlich auch die stationäre Behandlung in der Privatklinik F. _____ könne als *lege artis* beurteilt werden; über die laufenden therapeutischen Bemühungen hinaus ergäben sich derzeit keine zusätzlichen Therapieoptionen

(AB 48.1/31). Diese aufgeführten Umstände deuten allesamt auf eine Behandlungsresistenz hin.

4.2.1.3 Hinsichtlich des Indikators der Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) führte die psychiatrische Gutachterin aus, dass die affektive Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sekundäre Folge der chronischen Schmerzen sei. Auch wenn das chronische Schmerzsyndrom von der affektiven Störung nicht wegzudenke sei, könne letztere jetzt nicht länger als eine blosser Begleitsymptomatik der chronischen Schmerzen verstanden werden, vielmehr habe sie sich inzwischen zu einer eigenständigen, komorbiden psychischen Störung entwickelt und sei auch entsprechend zu behandeln. Mit der affektiven Störung sei es zu einem weiteren Hochschaukeln des Schmerzerlebens gekommen, wobei hier von einem eigentlichen Teufelskreis zwischen depressivem Erleben und Schmerzerleben gesprochen werden könne (AB 48.1/25). Mithin ist von erheblichen Wechselwirkungen zwischen der somatoformen Schmerzstörung einerseits und der depressiven Störung andererseits auszugehen.

4.2.2 Zum Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass die psychiatrische Gutachterin von einer narzisstischen Persönlichkeitsdisposition bzw. von erheblichen narzisstischen Kränkungen ausging (AB 48.1/24-26). Diese Disposition habe mutmasslich zur besonderen Kränkung infolge beruflichen „Abstiegs“ geführt – welche Situation als ursächlicher Faktor für die Entwicklung einer Schmerzkrankheit gut vorstellbar sei (AB 48.1/24) – und sei denn auch vorwiegend dafür verantwortlich, dass die Depressivität mehr als Wut denn als Traurigkeit in Erscheinung trete (AB 48.1/25). Die grundsätzlich vorhandenen Ressourcen in Form guter Deutschkenntnisse, von Fremdsprachenkenntnissen (vgl. AB 48.1/13) sowie einem guten Bildungsniveau könnten derzeit nicht genutzt werden (AB 48.1/30).

4.2.3 Was den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) anbelangt, so lebt der Beschwerdeführer zwar mit der Ehefrau und den beiden gemeinsamen Kindern zusammen (AB 48.1/11), die Ehe ist jedoch aufgrund der gesundheitlichen Probleme stark belastet und eine Trennung wurde bereits in Erwägung gezogen (vgl. AB 19/3 i.f., 23/3 f., 48.1/12, 48.1/22). Auch die Kinder, welche ihm sehr wichtig sind

(AB 48.1/30), leiden unter den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers (AB 48.1/13, vgl. auch AB 48.1/7). Sein Tagesablauf gestalte sich mehrheitlich passiv, indem er tagsüber häufig schlafe, da er erst gegen Morgen einschlafen könne und damit zuweilen erst um die Mittagszeit aufstehe (AB 48.1/30, vgl. auch AB 48.1/11 f.). Zudem berichtete er, kaum mehr Freunde oder Kollegen zu haben (AB 48.1/12) und auch Dr. phil. J. _____ schilderte fremdanamnestisch einen starken sozialen Rückzug (AB 48.1/14). Dass der Rückzug insoweit nicht vollständig ist, als der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben ab und zu noch einen der Kollegen sieht, ein bis zwei Mal pro Woche in die Moschee beten geht und telefonischen Kontakt mit seinen Eltern in ... hat (AB 48.1/12 f.) lässt sich durchaus vereinbaren, attestierte doch die psychiatrische Gutachterin eine verbliebene Gesamtleistungsfähigkeit von 30 % (AB 48.1/27, AB 48.1/33, siehe hierzu auch Beschwerdeantwort S. 5; vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 11. Januar 2019, 9C_658/2018, E. 4.4.1, und vom 20. Dezember 2018, 9C_636/2018, E. 6.3.1.2).

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie Konsistenz. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.3.1 Was die Kategorie „Konsistenz“ betrifft, stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Wie bereits dargelegt lag bei der Begutachtung unbestrittenermassen eine demonstrative Komponente vor (vgl. E. 4.1 hiervor). Trotzdem hielten die Gutachterinnen fest, es ergäben sich keine wesentlichen Diskrepanzen im Vergleich zur Aktenlage und zu den Alltagsaktivitäten. Die geltend gemachten Einschränkungen in Haushalt, Freizeit und sozialen Aktivitäten seien aus psychiatrischer Sicht mehrheitlich als störungsbedingt und medizinisch begründet zu bewerten und mit der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit vereinbar (AB 48.1/32). Das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers war vor Eintritt der Gesundheitsschädigung deutlich höher, dies bei einer Arbeitstätigkeit mit einem 100 %-Pensum, regelmässigen Sozialkontakten, Mithilfe im Haushalt, Beschäftigung mit Fremdsprachen sowie sportlichen Betätigungen (Besuch des Fit-

nesszentrums drei bis vier Mal pro Woche bis 2013; AB 48.1/32, vgl. auch AB 48.1/9). Demgegenüber war der Alltag des Beschwerdeführers im Gutachtenzeitpunkt gemäss eigenen Angaben mehrheitlich passiv (AB 48.1/12, 48.1/30), indem er sich wegen der Schmerzen wie auch wegen der Müdigkeit 12 bis 18 Stunden am Tag hinlegt (AB 48.1/9). Diese Schilderungen überzeugen, so dass von einer gleichmässigen und erheblichen Einschränkung in allen Lebensbereichen auszugehen ist. Auch hier gilt es wiederum (vgl. E. 4.2.3 i.f. hiervor) zu berücksichtigen, dass mit Blick auf die verbliebene Restarbeitsfähigkeit keine uneingeschränkte Passivität zu fordern ist.

4.3.2 Bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) sind die zahlreichen (teils auch stationären) lege artis durchgeführten Behandlungen (vgl. E. 4.2.1.2 hiervor) samt Paar- und Familientherapie (vgl. AB 48.1/10, 48.1/12, 48.1/23) und Einnahme bzw. Verschreibung antidepressiver Medikation (AB 48.1/5, 48.1/9 f., 48.1/23) zu beachten. Zwar fanden bis zum Begutachtungszeitpunkt keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen statt, jedoch führten die Gutachterinnen hinsichtlich der fehlenden eigenen Eingliederungsbemühungen aus, die Fähigkeit der maximalen Willensanstrengung zur Überwindung der gesundheitlichen Beschwerden sei aufgrund psychiatrisch begründeter Einschränkungen störungsbedingt erheblich vermindert (AB 48.1/30 f.). Damit ist ein erheblicher Leidensdruck ausgewiesen.

4.4 In der Gesamtbetrachtung ist somit auch aus rechtlicher Optik auf die spätestens seit der Erstbegutachtung vom 13. Juni 2016 (AB 16.2) in einer einfachen manuellen, repetitiven Tätigkeit mit geringem Anspruch an die kognitiven Fähigkeiten, das Arbeitstempo, die Stressbelastbarkeit und an die sozialen Interaktionsfähigkeiten attestierte Restarbeitsfähigkeit von 30 % (zeitliche Leistungsfähigkeit von drei bis vier Stunden pro Tag bzw. ca. 40 % mit einer zusätzlichen Einschränkung des Rendements von ca. 20 % [AB 48.1/33]) abzustellen. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Folgen dieser medizinischen Ausgangslage.

5.

5.1 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

5.2 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 nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.3 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 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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 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).

5.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der Beschwerdeführer meldete sich am 18. Februar 2016 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (AB 2), nachdem ihm ab dem 22. September 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit attestiert worden war (AB 5, 6/1). Mit Blick darauf sowie auf die gutachterlicherseits ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 16.1/2, 16.2./21, 48.1/33), ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. September 2016 festzusetzen (Art. 28 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.5 Gemäss eigenen Angaben hat der Beschwerdeführer in seiner Heimat eine mehrjährige Ausbildung bzw. ein Studium zum ... absolviert (AB 2/5, 16.2/10, 48.1/13), auf welchem Beruf er in der Folge aber nie habe arbeiten können (AB 16.2/9). Stattdessen war er unter anderem in der ...branche als ..., ... und ..., im ... eines ... sowie zuletzt ab dem 25. Januar 2014 (AB 6/1, 10/1) als ... tätig (AB 16.2/10, 16.2/17, 48.1/13, 48.1/24, 48.1/32). Unter diesen Umständen sowie mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung verfügt, ist das Valideneinkommen anhand des Totalwertes der Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveaus 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE 2014 zu bestimmen. Ferner verwertet der Beschwerdeführer die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht, womit das hypothetische Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu ermitteln ist, zumal dem Beschwerdeführer diverse Tätigkeiten in verschiedenen Gebieten offen stehen.

Da somit sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln ist, erübrigt sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323). Die behinderungsbedingten Einschränkungen wurden bereits im Rahmen des reduzierten Pensums von 40 % sowie der zusätzlich um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit berücksichtigt (vgl. E. 4.4 hiervor); allfälligen invaliditätsfremden Gründen (Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) wäre bei beiden Einkommen Rechnung zu tragen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Hingegen begründet der Beschäftigungsgrad von 40 % einen Abzug von Tabellenlohn (vgl. hierzu Beschwerde S. 12 sowie Beschwerdeantwort S. 6). Gemäss der gestützt auf die LSE 2014 erstellten Tabelle T18 zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen bei Männern ohne Kaderfunktion, besteht zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 25 % - 49 % proportional bezogen auf ein 100%-Pensum (Fr. 5'221.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'069.--) eine Diffe-

renz von Fr. 848.-- bzw. 13.97 %. Diesem Umstand ist mit einem Tabellenlohnabzug von 10 % Rechnung zu tragen. Damit resultiert ein zum Bezug einer ganzen Rente berechtigender Invaliditätsgrad von 73 % (100 % ./ [30 % {Arbeits- und Leistungsfähigkeit} ./ 10 % {Tabellenlohnabzug}]); vgl. E. 2.3 hiervor).

6.

Nach dem Dargelegten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2018 (AB 64) aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

7.

7.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 10. Oktober 2018 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr 4'325.-- (17.3 Stunden à Fr. 250.--) sowie Auslagen von Fr. 151.35 (pauschal 3.5 % des Honorars) und die Mehrwertsteuer von Fr. 344.65 (7.7 % auf Fr. 4'476.35) geltend. Der zeitliche Aufwand erscheint

im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen zwar hoch, ist aber letztlich gerade noch nicht zu beanstanden, so dass der Parteikostenersatz auf Fr. 4'821.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen ist. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

7.3 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Juni 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2016 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'821.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.