

200 18 867 IV
KOJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Mai 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 18. Oktober 2018

Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 13. März 2017 unter Mitwirkung des Sozialdienstes B._____ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf Fibromyalgie, Rückenschmerzen, Depressionen, Diabetes, Paradontitis und eine Hormonstörung (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [act. II] 3). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, holte einen Bericht des Sozialdienstes B._____ ein und führte ein Erstgespräch durch (act. II 14, 19, 22 f., 25, 29, 35). Zudem liess die IVB den Versicherten orthopädisch-psychiatrisch durch die MEDAS C._____ (MEDAS) interdisziplinär begutachten (Expertisen vom 19. Februar und 18. April 2018 [act. II 45.1 und 45.2]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verneinte die IVB mit Verfügung vom 18. Oktober 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 30 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 46, 50 - 55, 57 f.)

B.

Dagegen erhob der Versicherte am 20. November 2018 Beschwerde. Er beantragt, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen und die Befreiung von den Prozesskosten zu gewähren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. November 2018 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf, bis zum 11. Dezember 2018 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu verbessern bzw. zu belegen. Bei unbenutztem Fristablauf gelte das Gesuch als zurückgezogen. Gleichzeitig wurde die Beschwerdegegnerin zur Einreichung einer Beschwerdeantwort inklusive Stellungnahme zur Einhaltung der Beschwerdefrist aufgefordert.

Nachdem die Verfügung vom 21. November 2018 von der Post als nicht abgeholt wieder dem Gericht zugestellt worden war, wurde diese dem Beschwerdeführer am 5. Dezember 2018 nochmals mit A-Post zugestellt. Der Beschwerdeführer wurde darauf hingewiesen, dass die Frist unverändert bleibe.

Am 10. Dezember 2018 überbrachte der Beschwerdeführer das verbesserte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege inklusive Beilagen direkt dem Gericht.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2018 nahm die Beschwerdegegnerin unter anderem Stellung zur Rechtzeitigkeit der Beschwerde und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter hiess mit Verfügung vom 4. Januar 2019 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (betreffend Verfahrenskosten) gut.

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; vgl. das PTT-Bordereau der Beschwerdegegnerin vom 19. Oktober 2018 und den entsprechenden Auszug aus Track & Trace [im Gerichtsossier]) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 18. Oktober 2018 (act. II 58). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsun-

fähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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).

2.3 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, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.4 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).

2.5 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 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.6 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).

2.7 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

2.8 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).

2.9 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).

2.10 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).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Anästhesiologie, führte im Bericht vom 11. April 2017 (act. II 22) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Panvertebrales Schmerzsyndrom bei/mit
 - Punktenmaximum im thorakolumbalen Übergang
 - radikulären Ausstrahlungen im Bereich L5 links
 - Status nach Diskushernienoperation
- Fibromyalgiesyndrom
- Depressives Zustandsbild

Dr. med. D. _____ gab an, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im gesamten Bereich des Rückens von der Hals- bis zur Lendenwirbelsäule. Das Punktum maximum des Schmerzes liege am thorakolumbalen Übergang. Es bestünden radikuläre Ausstrahlungen im Dermatome L5 auf der linken Seite. Daneben bestünden rezidivierende Knieschmerzen, Schulterschmerzen beidseits und Ausstrahlungen in beide Arme. Die Schmerzen seien stechend und würden wie Messerstiche beschrieben. Sie seien konstant vorhanden, würden jedoch durch Belastung, Kälte und längeres Stehen und Sitzen verstärkt. Wärme, Liegen sowie ständiges leichtes Bewegen wirkten schmerzlindernd. Der Nachtschlaf sei massiv gestört. Trotz medikamentöser Therapie könne der Beschwerdeführer nicht gut schlafen. Die Schmerzintensität schwanke zwischen 5 und 9 bei einem Mittel von 7 (VAS 0-10). Schmerzbeginn sei 2001 mit radikulären Schmerzen gewesen, weswegen eine Diskushernienoperation durchgeführt worden sei. Danach sei es für zirka ein Jahr besser gegangen. Dann stetige Zunahme der Schmerzen, welche trotz medikamentöser Therapie, gelegentlichen Kortisonspritzen und Physiotherapie nicht hätten beeinflusst werden können. Es habe eine rheumatologische Untersuchung stattgefunden, in welcher die Diagnose Fibromyalgiesyndrom gestellt worden sei. Trotz der Intensivierung der Therapie während der letzten zwei Jahre habe eine weitere Chronifizierung bzw. Schmerzausdehnung nicht verhindert werden können. Aktuell bestünden generalisierte Schmerzen sowohl entlang des gesamten Achsenskelettes wie auch in den Weichteilen. Diese seien variabel in der Intensität, d.h. es gebe gute aber auch massiv schlechte Tage. Bei Zunahme der Schmerzen komme es regelmässig zu einer Verstärkung der depressiven Verstimmung, welche den Beschwerdeführer zusätzlich belaste. Ab dem 1. April 2015 bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, eine Arbeitsunfähigkeit habe schon vorher bestanden. Der Beschwerdeführer sei bis zu seiner Arbeitsunfähigkeit zu 100% im E. _____ angestellt gewesen. Infolge seiner Beschwerden seien langes Stehen, langes Sitzen sowie Gehen von über einer halben Stunde nicht mehr möglich. Gewichte heben und Überkopfarbeiten seien ebenfalls nicht möglich. Aufgrund der aktuellen psychischen Situation sei der Patient auch nicht belastbar. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Inwiefern mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen

Tätigkeit gerechnet werden könne, müsse in einer Arbeitsabklärung geprüft werden.

3.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 9. Mai 2017 (act. II 29) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom mit/bei
 - Rezidivierend depressiven Episoden, bestehend seit 2008
 - Erschwerte Bewältigung des chronifizierten Schmerzsyndroms und der Trennung/Scheidung von der Ehefrau 2008 mit dem Scheitern seiner Lebenspläne und der Weigerung der Tochter, Kontakt mit ihm zu haben.
 - Trennung von der aktuellen Lebenspartnerin Januar 2017
- Panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei, bestehend seit länger als 2000
 - St.n. Diskushernienoperation L4/5 links 2001
 - Rezidiv Diskushernie L4/5 2006 (konservative Therapie)
- Femuropatelläres Schmerzsyndrom mit/bei
 - Femuropatellararthrose beidseits

Dr. med. F. _____ hielt fest, es handle sich um einen 46-jährigen geschiedenen Vater von zwei erwachsenen Kindern, der in der Schweiz geboren worden und mit den Eltern wieder nach ... zurückgekehrt sei. Als Erwachsener sei er 1994 wiederum in die Schweiz gekommen, um zusammen mit seiner Ehefrau eine Existenz aufzubauen. Dieser Lebensplan sei mehrfach gescheitert, weil die Ehefrau ihn 2008 verlassen und er 2011 seine Arbeit wegen der Rückenbeschwerden verloren habe, zudem habe er auch sein im Bau befindliches Haus nicht mehr finanzieren können. Seither sei es dem Beschwerdeführer nicht mehr gelungen, privat und beruflich Fuss zu fassen und er fühle sich von allen verlassen. Seit 2012 sei er vom Sozialdienst abhängig. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und der depressiven Episode weder körperlich, geistig noch psychisch belastbar. Der Beschwerdeführer sei vollumfänglich arbeitsunfähig.

3.3 Im orthopädisch-psychiatrischen MEDAS-Gutachten vom 18. April 2018 (act. II 45.1; inklusive psychiatrischem Teilgutachten vom 19. Februar 2018 [act. II 45.2]) wurden im polydisziplinären Konsens die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 45.1/42):

- Cervicobrachialgie rechts und Pseudocervicobrachialgie links bei Osteochondrose C5/6 mit Diskusbulging und möglicher foraminaler Irritation der Nervenwurzel C6 rechts sowie Osteochondrose und Diskusbulging C6/7 ohne neurale Kompression
- Pseudolumboischialgie beidseits bei Osteochondrose und Spondylarthrose L4 bis S1 sowie Diskusbulging ohne neurale Kompression und St. n. Hemilaminektomie L4/5 links und Diskusresektion 2001
- Acromioclaviculargelenksarthrose rechts und links
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-Nr. F33.1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter im polydisziplinären Konsens die Folgenden an (act. II 45.1/42):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-Nr. F45.4
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge, ICD-Nr. Z73.1
- Adipositas

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielten die Gutachter im polydisziplinären Konsens fest (act. II 45.1/42), auf Grund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als ... unter Berücksichtigung der IV-fremden psychosozialen Faktoren seit 5/2016 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %) bei voller Stundenpräsenz. Der vorangehende Zeitraum könne nach den ungenauen anamnestischen Angaben und fehlenden psychiatrischen Arztberichten nicht eingeschätzt werden. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde ausgeführt (act. II 45.1/43), Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen, könnten seit 5/2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 70 % (Arbeitsunfähigkeit 30 %) zugemutet werden. Zur Prognose hielten die Gutachter fest (act. II 45.1/43), die Behandlung der Wirbelsäulenschmerzen bestehe primär in einer deutlichen Gewichtsreduktion, Physiotherapie und einem nichtsteroidalen Antirheumatikum. Die Prognose sei bei

mangelnder Motivation des Beschwerdeführers und Aggravationstendenz ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht erscheine die Prognose nach dem bisherigen Krankheitsverlauf nur begrenzt günstig. Dem Beschwerdeführer sei eine Fortsetzung der regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung kombiniert mit einer antidepressiven Medikation zu empfehlen, wobei die antidepressive Medikation durchaus modifiziert und intensiviert werden könnte. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei innerhalb eines Jahres in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren eine Besserung des psychischen Zustandsbilds mit Leistungssteigerung und gesamthaft bei voller Stundenpräsenz etwa 80 % Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit medizin-theoretisch zu erwarten. Allerdings sei bei Anforderungen und je nach psychosozialer Problematik eine vermehrte Fixierung auf die körperlichen Beschwerden mit verstärkt depressiven Reaktionen zu befürchten. Weiter hielten die Gutachter fest (act. II 45.1/44), die Arbeitsfähigkeit sei primär durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren bestehe nicht und an psychosozialen Faktoren fänden sich vor allem eine zurückliegende Partnerproblematik mit Scheidung, zurückliegende Probleme mit den Kindern sowie Arbeitsverlust, fehlende Zukunftsperspektiven und Abhängigkeit vom Sozialamt. Beim Beschwerdeführer liessen sich trotz unauffälliger Kindheitsentwicklung akzentuierte, histrionische Persönlichkeitszüge erheben, die jedoch nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichten (act. II 45.1/39).

3.4 Dr. med. F. _____ nahm am 26. Juni 2018 Stellung zum MEDAS-Gutachten vom 18. April 2018 (act. II 45.1) und hielt fest (act. II 52/4 f.), seine psychiatrischen Befunde deckten sich mit den vom Psychiater erhobenen Befunden, ausser dass beim Beschwerdeführer ein deutlicher Verlust der Tagesstruktur festzustellen sei. Im psychiatrischen Gutachten würden im Wesentlichen seine Diagnosen übernommen. Aufgrund der nun zweijährigen ambulanten Behandlung komme er aber zum Schluss, dass die vom Gutachter beschriebene akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen und narzisstischen Zügen eher als eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, histrionischen und narzisstischen Anteilen eingeschätzt werden müsse, die den Beschwerdeführer bei der Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen, aber vor allem im Wahrnehmen

einer Arbeitstätigkeit wesentlich beeinträchtigten. Die Motivation des Beschwerdeführers werde im Gutachten mehrfach in Frage gestellt. Im Rahmen der ambulanten Behandlung bei ihm, beim Hausarzt sowie bei der Ernährungsberatung sei es dem Beschwerdeführer in den letzten zwei Jahren mit erheblicher Anstrengung und Konsequenz gelungen, sein Gewicht deutlich zu reduzieren und die Nahrungsaufnahme regelmässiger zu gestalten, so dass es zu einer besseren Einstellung des Diabetes mellitus gekommen sei. Die Motivation des Beschwerdeführers sei dafür ausschlaggebend gewesen. Der soziale Rückzug sei beim Beschwerdeführer ausgeprägt und unterstütze die Beeinträchtigung des Tag-Nacht-Rhythmus und der körperlichen Aktivitäten. Er verlasse das Haus kaum ausser für Arzttermine, pflege kaum soziale Kontakte. Auf Seite 41 (des Gutachtens) werde erwähnt, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht durchgeführt worden seien. In der Anamnese des Beschwerdeführers fänden sich jedoch zwei berufliche Massnahmen, 2014 an der ... des ... und 2015 als ..., die entweder frühzeitig gestoppt oder mit negativem Ergebnis abgeschlossen worden seien. Diese beiden negativen Erfahrungen stützten seine negative Einschätzung der Prognose bezüglich des Wiedererreichens einer Arbeitsfähigkeit. Wichtige Befunde fehlten im Gutachten nicht. In einer den körperlichen und psychischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit sei zurzeit maximal eine Arbeitsfähigkeit von 20 bis 40 % theoretisch zu erwarten, wobei die Leistungsschwankungen und die Präsenz derart unregelmässig wären, dass der Beschwerdeführer keinem Arbeitgeber zugemutet werden könne.

3.5 Dr. med. D. _____ führte in der Stellungnahme vom 24. Juli 2018 (act. II 55/2 f.) zum MEDAS-Gutachten vom 18. April 2018 (act. II 45.1) die folgenden Diagnosen auf:

- 01 Panvertebrales Schmerzsyndrom bei/mit
 - Punktenmaximum im thorakolumbalen Übergang
 - radikulären Ausstrahlungen im Bereich L5 links
 - Status nach Diskushernienoperation
- Fibromyalgiesyndrom
- Depressives Zustandsbild
- Rezidivierende Knieschmerzen beidseits
- Schulterschmerzen beidseits
- Adipositas permagna

- Hypogonaditroper Hypogonadismus
- Diabetes mellitus Typ II

Dr. med. D. _____ hielt fest, die Diagnosen im Gutachten könne sie unterstützen. Es handele sich dabei wie bei Punkt 6 angegeben ausschliesslich um orthopädische Diagnosen. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten selbstverständlich auch die psychiatrischen Diagnosen. Anhand ihrer Diagnoseliste sei ersichtlich, dass es diverse Komorbiditäten gebe. Der Beschwerdeführer habe sich seit Beginn der Schmerzanamnese massiv zurückgezogen. Dadurch sei auch sein Schlaf-Wach-Rhythmus stark beeinträchtigt worden. Der Beschwerdeführer verlasse seine Wohnung nur selten, soziale Kontakte habe er nur noch wenige. Unter Punkt 8.4 Prognose im orthopädischen Gutachten werde die mangelnde Motivation des Beschwerdeführers erwähnt. Dies könne sie so nicht unterstützen. Der Beschwerdeführer habe dank kooperativer und intensiver Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung bereits deutlich an Gewicht abgenommen. Mangelnde Motivation könne ihm deshalb nicht vorgeworfen werden. Vielmehr müsse man in Betracht ziehen, dass die mittelschweren depressiven Episoden den Beschwerdeführer immer wieder ausbremsten. Eine weitere Ungereimtheit finde sich im psychiatrischen Gutachten unter berufliche Eingliederung. Dieser Punkt sei ebenfalls von Dr. med. F. _____ erwähnt worden. 2014 und 2015 hätten zwei berufliche Massnahmen stattgefunden. Zum einen sei der Beschwerdeführer an einer ... im ... tätig gewesen, zum anderen habe er ...arbeiten ausführen müssen. In beiden Gutachten sei die Diagnose Fibromyalgie nicht erwähnt worden. Diese sei 2013 von Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, gestellt worden. Fibromyalgie könne nicht unter der Diagnose somatoforme Störungen subsumiert werden, da es sich um zwei verschiedene Erkrankungen handle. Durch die Fibromyalgie komme es zu einer weiteren Schmerzausdehnung von brennendem Charakter, welche die Arbeitsfähigkeit ebenfalls beeinflusse. Sie sei mit Punkt 8.2 im orthopädischen Gutachten (betreffend Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, inklusive Zumutbarkeitsprofil) mit Ausnahme der Arbeitsfähigkeit einverstanden. In der momentanen Situation könne nicht von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit die Rede sein. Um diese genau bestimmen zu kön-

nen, erfordere es eine Arbeitsabklärung, in der verschiedene Möglichkeiten durchgespielt würden.

3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 (act. II 57) fest, aus Sicht des RAD ergäben sich aus dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 24. Juli 2018 (act. II 55/2 f.) keine neuen Tatsachen oder Befunde, die eine Abweichung vom Zumutbarkeitsprofil des Gutachtens bedingten. Man könne sagen, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle. Bei beiden Gutachtern werde wiederholt von einer gewissen Verdeutlichung oder auch Aggravation sowie auch teilweise unpräziser Schilderung der Beschwerden gesprochen. Psychiatrischerseits werde trotz rezidivierender mittelgradiger depressiver Störung mit zumutbarer Willensanstrengung eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Rahmen der therapierbaren Erkrankung angenommen. Auch werde der Beschwerdeführer als einem Arbeitsumfeld, das vermehrt Rücksicht und Verständnis aufbringe, zumutbar eingestuft. Dass sich der Beschwerdeführer massiv zurückgezogen und einen deutlichen Verlust an Tagesstruktur hätte, könne so aus der Tagesablauf-Schilderung im Gutachten nicht nachvollzogen werden (Seite 41, baden, telefonieren, fernsehen, kochen, Arzttermine, 1 bis 2 Stunden im Wald laufen). Bei der mangelnden Motivation werde die Gewichtsabnahme als Gegenargument aufgeführt, wobei die Gutachter aus Sicht des RAD die mangelnde Motivation bezüglich Eingliederungsmassnahmen gemeint hätten. Dass die Diagnose Fibromyalgie im Gutachten nicht erwähnt werde, werde vom RAD so interpretiert, dass es sich dabei um keine gesicherte Diagnose handle. Diagnostisch werde durch die Voruntersucher auf die Positivität der Tender points abgestellt (ACR-Kriterien von 1990), wobei nach den ACR-Kriterien von 2010 diese nicht mehr empfohlen würden, sondern eine Einteilung über die widespread pain Index (WPI)-Skala beziehungsweise die Symptom Severity Scale (SS-Skala) empfohlen werde. Im Gutachten werde eher von einer somatoformen Schmerzstörung gesprochen. Zusammengefasst könne somit aus Sicht des RAD weiterhin auf die Einschätzung des Gutachtens vom 2. Mai 2018 (Eingang IVB; richtig: 18. April 2018) abgestellt werden.

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht ist auf das ausführliche und schlüssige MEDAS-Gutachten vom 18. April 2018 (act. II 45.1) abzustellen. Dieses hat vollen Beweiswert, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet (vgl. E. 2.9 hier-vor).

4.2 Die Angaben der weiteren Ärzte ändern daran nichts. Dr. med. F._____ erhebt im Wesentlichen gleiche Befunde wie der psychiatrische Gutachter und hält in der Stellungnahme vom 26. Juni 2018 (act. II 52/4 f.) fest, dass keine wichtigen Befunde fehlen. Auf die Frage nach groben Fehlern, Widersprüchen oder Ungereimtheiten im Gutachten erwähnt er lediglich Feststellungen zu zwei beruflichen Eingliederungsmassnahmen (2014 bei der ... am ... und 2015 als ...). Dabei handelt es sich um Nebenpunkte, zudem erfolgten die fraglichen Massnahmen schon vor längerer Zeit. Wenn Dr. med. F._____ die Arbeitsunfähigkeit anders einschätzt, kann darauf nicht abgestellt werden: zum einen wird die unterschiedliche Einschätzung nicht näher begründet und zum andern ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits hinzuweisen. Diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), was vorliegend nicht der Fall ist. Auch Dr. med. D._____ stellt in der Stellungnahme vom 24. Juli 2018 (act. II 55/2 f.) das Gutachten nicht grundsätzlich in Frage. Wenn sie betreffend Arbeitsunfähigkeit festhält, es könne momentan nicht von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit die Rede sein, steht dies nicht in Widerspruch zu den Gutachtern, welche eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit in

einer leidensadaptierten Tätigkeit attestieren (act. II 45.1/43). Soweit die Dres. med. F._____ und D._____ die im MEDAS-Gutachten gestellten Diagnosen kritisieren – Dr. med. F._____ geht anstatt von einer akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen und narzisstischen Zügen von einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, histrionischen und narzisstischen Anteilen aus und Dr. med. D._____ bemängelt die fehlende Erwähnung der Diagnose Fibromyalgie – ist festzuhalten, dass Dr. med. F._____ in seinen Vorberichten das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu keiner Zeit in Erwägung zog und als Begleitsymptomatik vielmehr eine Kränkung aufgrund der ungünstigen psychosozialen Belastungsfaktoren aufführte (act. II 29/1 ff.; act. II 19/14 ff.). Die gutachterlichen Schlüsse werden sodann vom RAD-Arzt Dr. med. H._____ in der Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 bestätigt (act. II 58).

Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweismässigkeit (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet werden.

4.3 Was die Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.5 hiervor) anbelangt, ist zu erwähnen, dass im MEDAS-Gutachten von Hinweisen auf Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn (act. II 45.1/40) sowie von einem affektlabilen Verhalten mit unpräziser Schilderung der Beschwerden mit Verdeutlichungstendenzen und demonstrativem Hinweisen auf die Beschwerden (act. II 45.1/41) berichtet wurde. Dass damit jedoch bereits ein Ausschlussgrund vorliegt, welcher einen Rentenanspruch ausschliessen würde (vgl. E. 2.4 hiervor), kann nicht gesagt werden, da bloss Hinweise für eine Aggravation vorliegen, diese jedoch nicht eindeutig nachgewiesen ist.

Den Bereich „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) betreffend kann festgehalten werden, dass gemäss MEDAS-Gutachter die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgenützt worden sind; der Beschwerdeführer erhält seit 04/2016 eine regelmässige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit einer antidepressiven Medikation, die durchaus modifiziert und

intensiviert werden könnte. Unter diesen therapeutischen Massnahmen ist gemäss Gutachten in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren eine Besserung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten (act. II 45.1/41). Weiter bestehen beim Beschwerdeführer verschiedene „Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) orthopädischer und psychischer Natur (act. II 45.1/42), denen insgesamt eine gewisse ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Zum Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten erstellt, dass sich beim Beschwerdeführer trotz unauffälliger Kindheitsentwicklung akzentuierte, histrionische Persönlichkeitszüge erheben lassen, die jedoch nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichen. Es handelt sich dabei um auffällige Verhaltensweisen, die am ehesten seiner Mentalität bei kulturellen Unterschieden entsprechen dürften und mit Dramatisierung der Beschwerden, theatralischem Verhalten und übertriebenem Ausdruck von Gefühlen einhergehen. Er zeigt ein affektlabiles Verhalten und wirkt leicht kränkbar sowie reizbar mit Verdeutlichung der Beschwerden und demonstrativem Hinweisen auf seine Beschwerden. Trotzdem erscheinen die Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle, Intentionalität und Antrieb vor allem durch die depressive Störung beeinträchtigt. Zum Bereich „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ergibt sich laut MEDAS-Gutachten (act. II 45.1/40), dass sich bei der Beurteilung des sozialen Kontexts an psychosozialen Faktoren vor allem zurückliegende Scheidung und damit einhergehende vorübergehende Probleme mit den Kindern erheben lassen und hinzu kommt der Verlust des Arbeitsplatzes durch Kündigung mit seit Jahren Abhängigkeit vom Sozialamt. Diese sozialen Faktoren führen zu negativen funktionellen Folgen und wirken sich ungünstig auf die rezidivierende depressive Störung aus, kommen jedoch laut Gutachter nicht als alleinige Ursache in Betracht. Daneben verfügt der Explorand über vorhandene und mobilisierbare Ressourcen, indem er alleine lebt, sich selbst versorgt und zumindest wenige soziale Kontakte mit Familienangehörigen, einer Freundin und einem Freund pflegt. Er wirkt – soweit aufgrund der Sprachbarriere beurteilbar – gut kommunikationsfähig und gut kontaktfähig. Auch lassen sich gewisse Motivation und Interessen erkennen. Hinsichtlich „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4 und E. 4.4.1 S. 303) ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten erstellt (act. II 45.1/41), dass bei der

Beurteilung der Konsistenz keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben ist. Der Beschwerdeführer geht keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich auch nicht arbeitsfähig. Hingegen lassen sich verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf erheben, indem er zu unregelmässigen Zeiten aufsteht und er nach dem Frühstück etwa 1 bis 1 ½ Stunden ein warmes Bad nimmt und dabei auf dem Tablet ... ansieht. Dann verrichtet er in Etappen den Haushalt, zwischendurch sitzt, liegt, sieht er fern und telefoniert mit der Mutter, der Freundin oder dem Freund und hält verschiedene Arzttermine ein. Dann läuft er öfters zirka 1 ½ bis 2 Stunden bis zu einem nahegelegenen Wald, bereitet sich danach das Abendessen, nimmt wieder ein warmes Bad und sieht fern. Als Hobby wird ... angegeben und bis vor 2014 hat er sich als ... beschäftigt. Zum „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck“ (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 298 und E. 4.4.2 S. 304) ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sieht, an niederschweligen beruflichen Massnahmen teilzunehmen (Protokoll der Beschwerdegegnerin per 21. Dezember 2018, S. 6 unten [im Gerichtsossier]).

4.4 Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist in gesamthafter Würdigung die medizinisch bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 70 % zu bestätigen. Allein der vom Beschwerdeführer angeführte soziale Rückzug (vgl. dazu jedoch act. II 57/7 mit Hinweis auf act. II 45.1/41 sowie E. 4.3 hiervor) und die nicht in besonderem Masse vorhandenen (aber doch erkennbaren, vgl. act. II 45.1/40 unten) Ressourcen führen zu keinem anderen Ergebnis. Der in der Beschwerde erwähnte Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 9C_314/2018, ist nicht einschlägig, da dort die Vorinstanz gestützt auf eine „einseitig zu Lasten der Beschwerdeführerin vorgenommene Indikatorenprüfung“ von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ausging (BGer 9C_314/2018, E. 4.2 f.), was vorliegend nicht der Fall ist.

5.

5.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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

5.3 Der Beschwerdeführer ist mindestens seit dem 1. April 2015 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (act. II 22/3) und die IV-Anmeldung erfolgte am 13. März 2017 (act. II 3). In Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.7 hiervor) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf September 2017, auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.3.1 Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist auf statistische Daten abzustellen, da der Beschwerdeführer seine letzte Anstellung in einer ... im E. _____ wegen Personalabbau verloren hat (act. II 45.1/20) und er diese Stelle folglich auch im Gesundheitsfall nicht mehr inne hätte (vgl. SVR 2009 IV Nr. 58 S. 182 E. 2.3). Auszugehen ist von der Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der LSE 2014, Total Männer, Kompetenzniveau 1.

5.3.2 Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Daten zu ermitteln (vgl. E. 5.2.2 hier vor). Auch hier ist von der Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der LSE 2014, Total Männer, Kompetenzniveau 1, auszugehen.

5.3.3 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

Was den leidensbedingten Abzug (vgl. E. 5.5.5 hiervor) betrifft, verlangt der Beschwerdeführer, dass dieser auf mindestens 15 % erhöht wird. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 70 % ausüben kann (act. II 45.1/43). Dem Beschwerdeführer ist somit ein Vollzeitpensum zumutbar; in solchen Fällen ist kein über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinausgehender Abzug gerechtfertigt (vgl. Entscheid des BGer vom 17. November 2015, 9C_380/2015, E. 3.2.3). Weiter kommt fehlenden Dienstjahren im untersten Kompetenzniveau im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014, E. 4.2) und werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 6. Mai 2008, 8C_321/2007, E. 8.2.2). Die Nationalität/Aufenthaltskategorie rechtfertigt vorliegend keinen leidensbedingten Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (act. II 5; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 348 f.). Wie die Beschwerdegegnerin sodann in der Beschwerdeantwort, S. 3, zutreffend ausgeführt hat, wurde die 30 %-ige Leistungsmin- derung bereits bei der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt, so dass sie beim leidensbedingten Abzug nicht auch noch zusätzlich einfliessen kann, andernfalls eine doppelte Berücksichtigung gegeben wäre, was nicht zulässig ist (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochte-

nen Verfügung (act. II 58) einen leidensbedingten Abzug von 5 % dafür gewährt, dass dem Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar sind (act. II 45.1/43), was im Rahmen der Ermessensausübung nicht zu beanstanden ist.

Bei einer 30 %-igen Leistungsminderung und einem leidensbedingten Abzug von 5 % beträgt der Invaliditätsgrad damit gerundet 34 % (100 % - [100 % x 0.7 = 70 % x 0.95 = 66.5 %] = 33.5 %; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123), was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (vgl. E. 2.7 hiavor).

5.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2018 nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Verfügung vom 4. Januar 2019) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Pflicht zur Zahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

6.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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