

200 18 900 IV  
JAP/RUM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. März 2019**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Rüfenacht

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Oktober 2018



## Sachverhalt:

### A.

Der 1979 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 6. April 2012 bei einem Autoselbstunfall (Antwortbeilagen [AB] 7.1/9, 7.1/14, 15.4/2 f.) ein Polytrauma (AB 7.1/15 f.). Am 22. November 2012 meldete er sich bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (AB 1). Diese holte erwerbliche und medizinische Unterlagen sowie die Akten der G.\_\_\_\_\_ ein und gewährte Arbeitsvermittlung (AB 19). In der Folge veranlasste sie eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 30. Mai bis 26. Juni 2016 bzw. 1. Juli 2016, die jedoch vorzeitig abgebrochen wurde (AB 65/4-15). Am 26. Juli 2016 schloss die IVB das Dossier des Eingliederungsmanagements ab (AB 66). Daraufhin liess sie den Versicherten polydisziplinär begutachten und stellte gestützt auf dieses Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 9. Mai 2017 (AB 87.1) mit Vorbescheid vom 23. Juni 2017 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (AB 92). Nach Einwand (AB 96, 99) traf die IVB weitere medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie bei der MEDAS ergänzende Angaben ein (AB 105/2-4, 120). Mit Schreiben vom 4. April 2018 forderte sie den Versicherten unter Hinweis auf die Folgen einer allfälligen Mitwirkungspflichtsverletzung auf, sich einer stationären psychiatrischen Behandlung zu unterziehen und während eines Zeitraums von sechs Monaten eine Benzodiazepin- und Kokainabstinenz einzuhalten (AB 126). Am 2. Juli 2018 erstattete der psychiatrische Dienst E.\_\_\_\_\_ Bericht über die stationäre Abklärung vom 29. Mai bis 18. Juni 2018 (AB 146/2-4, 149/2-4). Nach Einholung eines Arztberichts des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen (RAD) vom 28. Juli 2018 (AB 156/3-5) erliess die IVB einen im Ergebnis unveränderten Vorbescheid vom 4. September 2018 (AB 160). Der Versicherte erhob wiederum Einwand (AB 162). Am 15. Oktober 2018 sprach die G.\_\_\_\_\_ auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 45 % eine zufolge grob fahrlässiger Herbeiführung des Unfalls um 20 % gekürzte (AB 78.378) Invalidenrente zu (AB 165.2). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 18. Oktober 2018 (AB 166/2 f.) lehnte die IVB mit

Verfügung vom 30. Oktober 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 36 % einen Rentenanspruch ab (AB 167).

## **B.**

Mit Eingabe vom 29. November 2018 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und erneuter Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 30. Oktober 2018 (AB 167). Streitig ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist,

ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.3** 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).

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 anzuge-

ben, 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.

**3.1** Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten (in den Fachbereichen Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) vom 9. Mai 2017 (AB 87.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (AB 87.1/100 f. Ziff. 8.1.1):

- Chronische Rückenschmerzen bei
  - St. n. Querfortsatzfrakturen LWK2 bei Polytrauma nach PW-Unfall
- Hyperlordose der LWS, muskuläre Dysbalance
- radiologisch, ohne Frakturfolgezeichen, ohne wesentliche degenerative Veränderungen
- Chronisches Kopfschmerzsyndrom bei DD Medikamentenübergebrauchskopfschmerz und vermutlich auch chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- mögliches Anfallsleiden nach SHT
- St. n. Polytrauma bei Autoselbstunfall 04/2012 mit/bei:
  - St. n. Beckenfraktur Typ C (Sacrum links, Os pubis rechts superior und inferior)
  - St. n. Rippenserienfraktur Costae 3-12 links
  - St. n. Verschluss endständige Ileostomie, Revisionslaparotomie mit kompletter Dünndarmadhäsiole, Entfernung des duodenojejunal perforierten Gallengangsstents, Verschluss Duodenum und Jejunum, Revision der Gallenwege Cholezystektomie, intraoperative Cholangiographie Hepatikojejunostomie, perkutane transhepatische Gallengangsdrainage-Einlage Entero-Enterostomie, Ileotransversostomie, Verschluss der Parastomal- und -Narbenhernie mit Kunststoffnetz am 04/2013
- St. n. mehrmaligen ERCP mit Stenteinlage im linken Gallengang bei Galleleck
- St. n. Notfallaparotomie, Evakuierung von mehreren Litern Blut, Hemikolektomie rechts mit langem Hartmann-Stumpf, Splenektomie, endständiges Ileostoma, Leberbiopsie Segment II und IVb, Einlage einer Thoraxdrainage rechts und links 04/2012
- Sonstige dissoziative Störungen ICD-10 F44.88
- Chronische Diarrhöe bei St. n. Hemikolektomie posttraumatisch 2012, länger dauernder Arcoxia-Einnahme (NSAR), Laktose- und Fruktose-Unverträglichkeit und Methanüberproduktion der Darmflora

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden ferner festgehalten (AB 87.1/101 Ziff. 8.1.2):

- Low-dosis Benzodiazepin-Abhängigkeit ICD-10 F13.2
- St. n. schädlichem Alkohol-Gebrauch ICD-10 F10.1
- Kokain-Konsum ICD-10 F14.0
- Adipositas Grad I nach WHO mit BMI von 32.8 kg/m<sup>2</sup>, 96.8 kg bei 170 cm Grösse
- Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (ED 04/2014 mit APAP-Therapie)
- Nikotingebrauch von ca. 10 py
- Vitamin-D-Mangel, ungenügend substituiert
- Urgency-Frequency-Symptomatik mit gehäufter Diurie und Nykturie bei normaler Blasenfunktion und Blasenkapazität (Urodynamische Untersuchung 05/2016)
- Multifaktorielle chronische Müdigkeit bei Obstruktivem Schlafapnoesyndrom, Nykturie, chronischen Schmerzen und Opiattherapie
- CPAP-behandeltes obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit intrakraniellen, komplett resorbierten Blutungen
- Minimal zerebrale Dysfunktion mit reduzierter visueller Orientierung und reduzierter geistiger Flexibilität, vermutlich anlagebedingt

Orthopädisch sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der schweren abdominalen Verletzungen und vielfachen Operationen seien mittelschwere und schwere Tätigkeiten wie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Neurologisch werde in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 28. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen (zerebraler Krampfanfall). Internistisch bestehe aufgrund der persistierenden erheblichen Diarrhoe in der zuletzt bis November 2011 ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 %. Psychiatrisch ergebe sich aufgrund der dissoziativen Zustände im zuletzt ausgeübten Beruf eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Polydisziplinär betrage die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der orthopädischen und neurologischen Einschätzung 100 % seit dem Unfalltag vom 6. April 2012. In einer voll adaptierten leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, unter Berücksichtigung der unten aufgeführten Spezifikationen, sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht 80 % arbeitsfähig. Internistisch werde aufgrund der persistierenden erheblichen Diarrhoe ab 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 % festgestellt. Neurologisch bestehe in angepasster Tätigkeit aufgrund der Schmerzchronifizierung eine Leistungseinschränkung von 20 %. Psychiatrisch bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Polydisziplinär sei der Beschwerdeführer in

einer voll adaptierten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Dies gelte ab sofort. Zumutbar seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne schweres Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg, ohne einseitige Zwangshaltungen, ohne gebückte oder kauernde Positionen. Klettern und Steigen auf Gerüste seien wegen des fraglichen Anfallsleidens nicht zumutbar. Im Hinblick auf die Gesamtsituation seien Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die geistige Belastbarkeit sowie Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr für sich selbst und andere nicht zumutbar. Verzichtet werden sollte auch auf Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Gehörsfunktion oder potenziell gehörschädigender Wirkung sowie im Nachtschichtbetrieb. Möglich seien geistig wenig belastende, leicht zu erlernende Tätigkeiten, die mehr schablonenartig und vorgegeben ablaufen, ohne eigene Entscheidungsbefugnis oder besondere Verantwortung. Mit Blick auf die Entleerungsprobleme seien nur Tätigkeiten möglich, die selbstbestimmt unterbrechbar seien und bei denen Toilettennähe gegeben sei. Beim Beschwerdeführer sollte eine stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt werden, um die Diagnose der dissoziativen Störung zu präzisieren. Ebenso sollte eine Entwöhnung von Kokain und von den Benzodiazepinen durchgeführt werden, weil der Beschwerdeführer es nicht schaffe, diese Mittel zu reduzieren bzw. die Einnahme zu beenden (AB 87.1/106 ff. Ziff. 9.1.1-9.3).

**3.1.2** In der Ergänzung vom 13. November 2017 (AB 105) wurde insbesondere aus psychiatrischer Sicht zusätzlich festgehalten, eine stationäre psychiatrische Behandlung sei durchzuführen, um in diesem Setting die geklagten unklaren „Anfälle“ (daher als „sonstige dissoziative Störungen“ eingestuft) beobachten und die Dauer, Häufigkeit sowie die Umstände deren Auftretens präzisieren zu können. Die Behandlung diene somit nur der genaueren diagnostischen Einschätzung. Es bedeute aber auf keinen Fall, dass der Beschwerdeführer bis zur Durchführung der Behandlung 100 % arbeitsunfähig sei. Die stationäre Behandlung sei auch für die Benzodiazepin-Entwöhnung erforderlich (AB 105/3).

**3.1.3** Im (Akten-)Bericht „Psychiatrische Beurteilung“ der Versicherungsmedizin der G. \_\_\_\_\_ (AB 110.3) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine Reaktion mit dissoziativen Phänomenen, affektiven und kognitiven Dysfunktionen auf schwere

Belastung (ICD-10 F43.8), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), einen schädlichen Gebrauch von Kokain, eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln, einen gefährlichen Gebrauch von Opiaten, einen gefährlichen Gebrauch von Nikotin bzw. Tabak (ICD-10 F14.1, F13.80, F11.81, F17.81) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) auf. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne auf das psychiatrische (Teil-)Gutachten der MEDAS nicht abgestellt werden. Es zeige bei zentralen Aspekten der diagnostischen Überlegungen und der Leistungsfähigkeitseinschätzung relevante Mängel. Mit Blick auf die vorliegenden Informationen könne bestätigt werden, dass relevante und unfallkausale Störungen im psychiatrischen Bereich vorlägen. Bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit, zu der bislang nicht detailliert Stellung genommen worden sei, sei festzuhalten, dass diese durch das sich darstellende psychiatrische Gesamtbild vollständig aufgehoben werde. Das Störungsbild setze sich dabei aus unfallkausalen und unfallvorbestehenden Störungselementen zusammen, die sich unentwirrbar verwoben hätten und sich gegenseitig verstärkten (AB 110.3/3, 110.3/19).

**3.1.4** Der Ergänzung vom 21. März 2018 zum MEDAS-Gutachten ist zu entnehmen, dass weder die Low-Dosis Benzodiazepin-Abhängigkeit noch der Kokainkonsum beim Beschwerdeführer zu einem chronischen Gesundheitsschaden geführt habe. Auch die Nikotinabhängigkeit habe bis dato keine somatische Erkrankung (mit ev. relevanten psychischen Einbussen) verursacht. Mangels Angaben über die Entwicklung von dissoziativen Zuständen im Verlauf des Jahres 2017 werde nochmals die im Gutachten ausgesprochene Empfehlung, diesbezüglich eine stationäre psychiatrische Behandlung durchzuführen, wiederholt. Auch wenn die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angenommen würde, begründe dies keineswegs eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus gutachterlicher Sicht könne maximal eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten Beruf als auch in einer angepassten Tätigkeit anerkannt werden, befristet auf 12 Monate, mit strengen Auflagen (vollständige Abstinenz, inklusive nicht vorangekündigtes Drogenscreening und Blutmedikamentenspiegel-Kontrollen sowie Durchführung einer stationären Behandlung). Die angepasste Tätigkeit sollte keine Maschinenbedienung

o.ä. (Verletzungsgefahr während eines dissoziativen Zustands) beinhalten (AB 120).

**3.1.5** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2018 über die stationäre Behandlung vom 29. Mai bis 18. Juni 2018 (AB 149/2 ff.) wurden folgende Diagnosen festgehalten (AB 149/2):

1. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (ICD-10 F62.0)  
DD Posttraumatische Belastungsstörung
  - Auftrag durch die G. \_\_\_\_\_ zur Begutachtung für die IV
  - Patient berichtet von dissoziativem Erleben
2. Sonstiger chronischer Schmerz nach Autounfall, behandelt mit diversen Schmerzmedikamenten unter anderem Oxynorm
3. Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr: BMI von 30 bis unter 35 (ICD-10 E66.00)
4. Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10 G47.0)
5. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31)

**3.1.6** Dem zweiten Bericht der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2018 (AB 146/2 ff.) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer stark eingeengt gewesen sei auf das Thema des Autounfalls und, dass er nicht arbeiten könne. Es sei fremdanamnestisch von „wegdriften“ berichtet worden, im psychiatrischen Dienst E. \_\_\_\_\_ habe er zu keinem Zeitpunkt eine Dissoziation oder ähnliches gezeigt. Die Exploration anhand psychologischer Fragebögen und die Fremdangaben durch die Partnerin liessen auf dissoziative Zustände schliessen. Der Beschwerdeführer berichte von Stimmungsschwankungen mit impulsiven Ausbrüchen, welche an eine emotional instabile Persönlichkeitsstruktur denken liessen. Aufgrund des dreiwöchigen Aufenthaltes könne jedoch keine klare Aussage zu einer dissoziativen Störung aufgrund des Autounfalls gemacht werden (AB 146/4).

**3.1.7** In der Stellungnahme des RAD vom 28. Juli 2018 (AB 156/3 ff.) hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, nach eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D), fest, Gesamteinschätzend lägen keine psychiatrischen Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Insbesondere sei der Nachweis nicht erbracht worden, dass eine relevante dissoziative Symptomatik vorliege. Es bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet grundsätzlich Übereinstimmung mit dem MEDAS-Gutachten bis auf die Tatsache, dass die dissoziative Symptomatik nicht habe

objektiviert werden können. Aus diesem Grund werde die Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit nicht beeinträchtigt. Die Einschätzung der MEDAS, wonach hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege, werde vollumfänglich bestätigt (AB 156/5).

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 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**

**3.3.1** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 9. Mai 2017 samt Ergänzungen vom 13. November 2017 und 21. März 2018 (AB 87.1, 105/2-4, 120) ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten erstellt. Die Experten haben die Befundlage sorgfältig erhoben, die gestellten Diagnosen und ihre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in den jeweiligen Fachbereichen sowie aus polydisziplinärer Sicht schlüssig begründet. In den Ergänzungen vom 13. November 2017 und 21. März 2018 setzten sie sich schliesslich einlässlich mit der seitens des Beschwerdeführers im Einwand vom 22. August 2017 (AB 99) und der -Versicherungsmedizin der G.\_\_\_\_\_ in deren psychiatrischen Beurteilung vom 24. Juli 2017 (AB 110.3) geäusserten Kritik auseinander. Auf das Gutachten samt Ergänzungen, das die vom Bundesgericht an den Beweiswert von solchen gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. E. 3.2 hiervoor) und somit voll beweiskräftig ist, ist grundsätzlich abzustellen. Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

**3.3.2** Die im Bericht vom 24. Juli 2017 (AB 110.3) der Versicherungsmedizin der G. \_\_\_\_\_ von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ am psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS (AB 87.1/69 ff.) geäusserte Kritik ist nicht triftig genug, um dessen Schlüssigkeit bzw. die Schlüssigkeit des polydisziplinären Gutachtens insgesamt in Frage zu stellen. Zunächst handelt es sich um einen reinen Aktenbericht, der sich nicht auf eine eigene fachärztliche Untersuchung stützen kann und bereits aus diesem Grund sowie auch mit Blick auf die fehlende Polydisziplinarität beweisrechtlich nicht mit dem MEDAS-Gutachten auf dieselbe Stufe zu stellen ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 4. September 2013, 9C\_164/2013, E. 3.2.3, wonach eine psychiatrische Beurteilung nur ausnahmsweise in Form eines reinen Aktengutachtens erfolgen soll). Sodann hat die MEDAS-Gutachterin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 21. März 2018 nachvollziehbar zur Kritik Stellung bezogen (AB 120) und auch der RAD setzte sich in dessen Stellungnahme vom 30. März 2018 damit einlässlich auseinander (AB 123/3 f.).

**3.3.3** Dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS im Zusammenhang mit dem erhobenen Medikamentenspiegel der Begriff *Oxytocin* (ein Hormon; ROCHE LEXIKON MEDIZIN, 5. Aufl. 2003, S. 1392) anstelle von *Oxycodon* (hochpotentes Opioid-Analgetikum; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1334) verwendet wurde (AB 110.3/8, 87.1/73 unten), ist mit Blick auf die dem Gutachten beiliegenden Laborergebnisse (AB 87.2/5, vgl. auch AB 87.1/71 Ziff. 5.3.2) offensichtlich ein Versehen bzw. ein Tippfehler, der als solches die gutachterliche Aussage (inhaltlich) nicht tangiert. Gleiches gilt betreffend die Falschcodierung der Low-dosis Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 13.2 [AB 87.1/76 Ziff. 5.5.2] anstelle F13.80 [AB 110.3/11]; zum Ganzen AB 120/1). Beides lässt nicht auf eine generell mangelnde Sorgfalt der Gutachterin schliessen. Die psychiatrische Expertin erläuterte zudem nachvollziehbar (AB 120/1, 123/3), weshalb sie die Suchtmittel betreffenden Störungen (AB 87.1/76) unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einordnete (AB 110.3/14). Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Eine solche Sucht wird invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge

ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selbst Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1). Beides ist beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht gemäss den schlüssigen Ausführungen der Gutachterin nicht der Fall (AB 87.1/74, 120/1).

**3.3.4** Schliesslich benannte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seinem Aktenbericht keine wesentlichen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Was zunächst den von ihm diskutierten posttraumatisch-dissoziativen Komplex im Sinne einer Reaktion mit dissoziativen Phänomenen, affektiven und kognitiven Dysfunktionen auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) anbelangt (AB 110.3/3, 110.3/6 ff.), stützte er sich dabei wesentlich auf einen Vorbericht vom 31. Oktober 2016 der Versicherungsmedizin der G. \_\_\_\_\_ (betreffend eine psychiatrische Untersuchung vom 25. Oktober 2016; AB 72). Letzterer lag indes auch der Sachverständigen der MEDAS vor, welche sich im Gutachten damit auseinandergesetzt hat (AB 87.1/73). Auf der Basis der eigenen Untersuchungsergebnisse vermochte sie jedoch kein posttraumatisches Störungsbild zu objektivieren (AB 87.1/73). Hingegen erachtete sie dissoziative Zustände möglicherweise als relevant (AB 87.1/73), hielt diesbezüglich aber fest, dass zur Präzisierung einer dissoziativen Störung hinsichtlich deren abschliessenden diagnostischen Einordnung eine stationäre Abklärung nötig sei (AB 87.1/76, 87.1/107, 105/3). Anlässlich dieser, auch seitens des RAD (AB 123/3) empfohlenen, stationären diagnostischen Abklärung im psychiatrischen Dienst E. \_\_\_\_\_ liess sich eine dissoziative Störung letztlich nicht erhärten (AB 147, 149). Daran ändern die allein auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basierenden Ergebnisse aus der Shutdown-Dissoziationsskala (Shut-D; AB 147/2) sowie die fremdanamnestischen Angaben der Lebenspartnerin bzw. „Ehefrau“ (AB 147/2, 149/2) nichts (Beschwerde, S. 5 Ziff. 1); im Bericht der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ wurde trotz der Shut-D-Ergebnisse und der Angaben der Lebenspartnerin explizit festgehalten, dass keine klare Aussage zu einer dissoziativen Störung gemacht werden kann. Das Vorliegen einer solchen ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Die weiter von

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ postulierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41; AB 110.3/3, 110.3/8 f.) wurde ebenfalls bereits im MEDAS-Gutachten diskutiert und aufgrund der Untersuchungsergebnisse schlüssig verneint. In diesem Zusammenhang verwies die Gutachterin (AB 87.1/73) ausserdem auf den tiefen Oxycodon-Spiegel (Oxycodon ist, wie erwähnt, ein hochpotentes Opioid-Analgetikum; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1334) und auf den von vielen Aktivitäten geprägten Tagesablauf (AB 87.1/72, 87.1/91, 87.1/102); beides spricht nachvollziehbar gegen eine chronische Schmerzstörung, setzt diese gemäss den diagnostischen Leitlinien doch einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz voraus (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233). Die schliesslich von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aufgeführten akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) stellen als Z-Diagnose für sich allein keinen rechtserheblichen psychischen Gesundheitsschaden dar (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 45 E. 2.2.2.2; Entscheid des BGer vom 2. Juni 2015, 9C\_780/2014, E. 4.1.1). Abgesehen davon wurden sie im MEDAS-Gutachten im Rahmen einer – im strukturierten Beweisverfahren (BGE 141 V 281) geforderten – ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430) durchaus in die Diskussion miteinbezogen (AB 87.1/74).

**3.3.5** Der Aktenbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vermag das MEDAS-Gutachten demnach nicht in Zweifel zu ziehen. Gleiches gilt hinsichtlich der im psychiatrischen Dienst E.\_\_\_\_\_ neu in Betracht gezogenen Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; AB 149/2). Diese Diagnose wurde mit Blick auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 286 f.) nicht überzeugend hergeleitet, worauf der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ schlüssig hinwies (AB 156/4, 166/2). Auch ist aktenkundig, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall von 2012 akzentuierte Persönlichkeitszüge vorgelegen (AB 156/4, vgl. AB 72/32 f.) und einer Erwerbstätigkeit nicht entgegengestanden haben.

Nach dem Dargelegten bestehen – mit Blick darauf, dass sich eine dissoziative Störung nicht objektivieren liess – nicht nur in adaptierten Tätigkei-

ten (AB 87.1/106), sondern auch in der angestammten Tätigkeit keine psychisch bedingten Einschränkungen (AB 156/5). Weitere Sachverhaltserhebungen, insbesondere im Zusammenhang mit „absenzartigen Zuständen“, erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. 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; vgl. dazu auch E. 3.4.2 hiernach).

**3.4** Selbst wenn aus medizinischer Sicht eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen wäre, wäre dies rechtlich aus folgenden Gründen nicht relevant.

**3.4.1** 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 aggravorische 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 Gesundheitsschädi-

gung (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).

**3.4.2** Bereits anlässlich der Arbeitsmarktlich-Medizinischen Abklärung in der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ (AB 55) wurde im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung im Juni 2016 ein hoch auffälliges, demonstratives Schmerzverhalten im Sinne einer Aggravation beobachtet (AB 65/12, 65/24). Auch bei der MEDAS-Begutachtung ergaben sich nicht nur Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung, sondern auch solche auf eine eigentliche Aggravation (AB 87.1/73 f., 87.1/105). Abgesehen von der neurologischen Exploration (AB 87.1/92 Ziff. 7.3.1) zogen sich die Diskrepanzen „als roter Faden“ durch alle Teilgutachten (AB 105/3). Der Beschwerdeführer zeigte während der Untersuchung immer wieder Schmerzgrimassen, wechselte seine Sitzposition jedoch nicht und stand auch nicht auf (AB 87.1/70). Er machte widersprüchliche Angaben u.a. betreffend der angeblichen Bewusstseins-Abwesenheitszustände (welche in der Folge anlässlich der stationären Abklärung im psychiatrischen Dienst E. \_\_\_\_\_ nicht objektiviert werden konnten [AB 146/4, 149/3]), weshalb an seiner Glaubwürdigkeit gezweifelt wurde (AB 87.1/75). Er verneinte Alkoholkonsum, was jedoch mit dem erhöhten Gamma-GT-Wert kontrastierte (AB 87.1/74, 87.1/105, 87.2/3). Weiter wollte er – nebst Kokain – auch in der Vergangenheit keine weiteren Drogen konsumiert haben, was aktenwidrig ist (AB 78.26/6; 87.1/94 Ziff. 7.4.1). Die im Nachgang zur MEDAS-Begutachtung angeordneten Drogenscreenings (AB 126, 130, 141) fielen hochpositiv auf Kokain aus (AB 135, 149/5, 154), wobei der Beschwerdeführer danach im psychiatrischen Dienst E. \_\_\_\_\_ während fünf Tagen weitere Kontrollen verweigerte (AB 147/2, 149/3). Die angegebenen Medikamente wurden unregelmässig eingenommen bzw. deren Wirkstoffspiegel lag gemäss Laborbefund unterhalb des therapeutischen Bereichs (AB 87.1/73, 87.1/95 f., 87.1/105, 87.2/5). Der Beschwerdeführer leidet nach eigenen Angaben u.a. an einer Miktions- und Defäkationsstörung mit chronischer Diarrhoe, Stuhlinkontinenz und einer deutlich gesteigerten Frequenz von Blasenentleerungen (AB 87.1/64, 87.1/79, 87.1/82). Er musste jedoch während der neurologischen Untersuchung erst nach 75 Minuten zur Miktion und benutzt auch keine Intimhygieneartikel (AB 87.1/94). Diesbezüglich berichtete das

Spital K.\_\_\_\_\_ im Juli 2018 denn auch über einen erfreulichen Verlauf (AB 151/3). Im Übrigen berichtete der Beschwerdeführer trotz den angegebenen schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen über erhaltene Freizeitaktivitäten; er bekommt oft Besuch, telefoniert gerne und hat viele Kollegen, die er regelmässig trifft. Er geht regelmässig in den ... Club (AB 87.1/72, 87.1/91, 87.1/102).

Unter diesen Umständen ist (unabhängig von einer krankheitswertigen psychischen Störung) ein aggravierendes Verhalten in einem Umfang erstellt, das die Annahme einer versicherten psychischen Gesundheitsschädigung verbietet (vgl. E. 3.4.1 hiavor).

**3.5** Damit bleibt es polydisziplinär bei der im MEDAS-Gutachten festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % in angepasster Tätigkeit, die gemäss Gutachten sämtliche objektivierbaren somatischen (internistischen, neurologischen und orthopädischen) Einschränkungen mit einbezieht (AB 87/107 Ziff. 9.2; vgl. zur Unzulässigkeit einer blossen Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade u.a. Entscheid des BGer vom 2. Oktober 2013, 8C\_548/2013, E. 5.2.2). Dies wurde namentlich auch vom RAD bestätigt (AB 156/5, 166/2). Die Einschätzung der MEDAS in somatischer Hinsicht wird in der Beschwerde denn auch zu Recht nicht in Frage gestellt. Festzuhalten bleibt, dass sich die im MEDAS-Gutachten im Zusammenhang mit den angeblichen Anfällen, rezidivierenden Bewusstseinsverlusten bzw. „absenzartigen Zuständen“ aus neurologischer Sicht empfohlene weitere fachepileptologische Vorstellung bzw. erweiterter EEG-Diagnostik (AB 87.1/99, 87.1/107) erübrigt hat. Der einmalig beobachtete Grand-Mal-Anfall im Januar 2017 wurde auch seitens der Versicherungsmedizin der G.\_\_\_\_\_ im Kontext einer Kokain-Intoxikation und weiterer pharmakologischer Effekte beurteilt; die Dres. med. ... und ..., beide Fachärzte für Neurologie, erwarteten von einer erneuten epileptologischen Abklärung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine neuen Erkenntnisse, wobei sie sich diesbezüglich nicht von Kausalitätsüberlegungen leiten liessen (AB 110.2, insb. AB 110.2/6).

Somit ist medizinisch-theoretisch von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gemäss dem im MEDAS-Gutachten formu-

lierten Zumutbarkeitsprofil (AB 87.1/107) auszugehen. Auch wenn die Restarbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten „ab sofort“ bzw. ab Gutachtenszeitpunkt angenommen wurde, gilt sie retrospektiv jedenfalls bereits ab dem frühestmöglichen (hypothetischen) Rentenbeginn im Mai 2013 (vgl. Art. 29 IVG und AB 1); dies mit Blick auf die im Gutachten aus polydisziplinärer Sicht festgehaltene Krankengeschichte und die viszeralchirurgische Operation im April 2013 mit erfreulichem postoperativem Verlauf (AB 87.1/102 Ziff. 8.2.2) sowie die aus neurologischer Sicht beschriebene Entwicklung der Arbeitsfähigkeit (AB 87.1/98 Ziff. 7.6.2 u. 7.6.3).

#### 4.

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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. In soweit 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).

**4.2** Für das Valideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin zunächst auf den zuletzt erzielten Lohn des Beschwerdeführers ab. Da dieser im Zeitpunkt des Unfalls im Jahr 2012 jedoch sein letztes Arbeitsverhältnis als ... bei der J. \_\_\_\_\_ AG bereits gekündigt hatte (AB 10/2 Ziff. 2.1 f.), wurde das Valideneinkommen in der angefochtenen Verfügung zu Recht korrigiert und anstelle des letzten Gehalts auf ein Durchschnittseinkommen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012, Sektor 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 1, Männer, abgestellt (AB 167/3; BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2). Dieser Wert wurde korrekt auf das Jahr 2013 indexiert und an die betriebsübliche Arbeitszeit 2013 angepasst (AB 167/3). Ebenso nicht zu beanstanden ist die Bemessung des Invalideneinkommens (AB 167/2; vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296, 135 V 297 E. 5.2 S. 301) unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 70 % (vgl. E. 3.5 hiervor), auf der Basis der LSE 2012, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer, indexiert auf das Jahr 2013 und angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit 2013. Die Beschwerdegegnerin gewährte zudem einen Tabellenlohnabzug von 5 %, was in Anbetracht dessen, dass den (medizinisch und rechtlich begründeten) leidensbedingten Einschränkungen im Rahmen der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit bereits Rechnung getragen wurde (AB 87.1/106 f.; SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2), jedenfalls nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers erfolgt ist. Denn ein weitergehender Abzug etwa aufgrund invaliditätsfremder Kriterien wie Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie (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) entfällt vorliegend, da diese gleichermassen auf Seiten des Validen- und Invalideneinkommens zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Die Invaliditätsbemessung gibt somit zu keinen Bemerkungen Anlass und wird in der Beschwerde als solche auch nicht gerügt.

Der so korrekt bemessene Invaliditätsgrad von 36 % (AB 167/3) liegt unterhalb der rentenerheblichen Schwelle von 40 % (vgl. E. 2.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat demnach mit Verfügung vom 30. Oktober 2018 (AB 167) einen Rentenanspruch zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## 5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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