

200 19 117 IV  
LOU/COC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. März 2020**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Collatz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, lic. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Januar 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene, aus ... stammende A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) reiste im März 1999 in die Schweiz ein und verfügt über eine Niederlassungsbewilligung C (Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung [IV], Antwortbeilage [AB] 2 S. 11). Im Januar 2006 meldete er sich unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung sowie chronische Rückenbeschwerden bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 2). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. April 2006 (AB 12) ab, da die versicherungsmässigen Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente nicht erfüllt seien. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im April 2010 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 19). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte er unter anderem ein Schlafapnoe-Syndrom, Schlafstörungen, eine Refluxerkrankung, Nierensteine, Rückenschmerzen, eine Depressionen und eine Adipositas (S. 7 Ziff. 6.2). Mit Verfügung vom 15. Juni 2010 (AB 24) trat die IVB auf das Leistungsbegehren nicht ein, da keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Prüfung im Jahr 2006 glaubhaft gemacht worden sei. Auf das erneute Leistungsbegehren des Versicherten vom April 2012 (AB 25) trat die IVB mit Verfügung vom 30. Mai 2012 (AB 28) erneut nicht ein. Beide Verfügungen blieben unangefochten.

### **B.**

Im Februar 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit April/Mai 2016 resp. eine depressive Störung, eine Angststörung, eine soziale Isolation, Verfolgungsängste, eine Diskushernie, Schmerzen in den Armen, im Knie und Rücken sowie eine Schlafapnoe ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 29). Daraufhin führte die IVB weitere medizinische und

erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 48) eine polydisziplinäre (internistische, neurologische, psychiatrische, orthopädische) Begutachtung durch die Fachärzte der D.\_\_\_\_\_ (MEDAS; Expertise vom 19. März 2018; AB 61.1). Gestützt auf diese Erhebungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 24. Mai 2018 (AB 64) die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 24% in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 67, 68, 72). Nach Einholung einer Stellungnahme der Fachärzte der MEDAS (AB 76) hielt die IVB mit Vorbescheid vom 8. November 2018 (AB 121) an ihrer bisherigen Beurteilung fest und stellte bei einem IV-Grad von 24% wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 81). Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 83) verfügte die IVB am 18. Januar 2019 (AB 84) wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 131).

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C.\_\_\_\_\_ von B.\_\_\_\_\_, am 12. Februar 2019 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 18. Januar 2019 sei aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei der Rentenanspruch erneut zu prüfen.

– unter Entschädigungsfolge –

Gleichzeitig wurde ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. Januar 2019 (AB 84). 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).

**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**

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

**2.2.2** 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 strukturier-ten 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades 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 (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

**2.3** 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 Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Ausländische Staatsangehörige sind vorbehältlich Art. 9 Abs. 3 IVG nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben (Art. 6 Abs. 2 IVG). Abweichende staatsvertragliche Regelungen sind vorbehalten (vgl. Art. 5 Abs. 4 der Bundesverfassung [BV; SR 101]).

**2.5** Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

**2.6** Um den IV-Grad 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).

**2.7** Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin hat das ursprüngliche Rentenbegehren mit Verfügung vom 24. April 2006 (AB 12) allein aufgrund der fehlenden versicherungsmässigen Voraussetzungen gemäss Art. 6 Abs. 2 IVG (vgl. E. 2.4 hiervor) abgewiesen. Eine Überprüfung des Rentenanspruchs und dabei insbesondere eine Abklärung des Gesundheitszustandes fanden im

Rahmen der besagten Verfügung nicht statt. Erst auf Anfrage der E.\_\_\_\_\_ betreffend die Höhe des IV-Grades kam die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 6. Februar 2007 (AB 18) zum Schluss, dass ausgehend von der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Januar 2007 (AB 17) kein Gesundheitsschaden im Sinne der IV ausgewiesen sei. Ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 24. April 2006 (AB 12) resp. dem Schreiben vom 6. Februar 2007 (AB 18) und der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2019 (AB 84) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen und dabei insbesondere eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist (vgl. E. 2.7 hiervor), muss allerdings nicht abschliessend beurteilt werden. Denn selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers eine solche Veränderung bejaht würde und eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorgenommen wird (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5), besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 4.3 f. hiernach).

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

**3.2.1** Der Beschwerdeführer war vom 8. bis 24. November 2016 in den psychiatrischen Diensten G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. November 2016 (AB 41 S. 6 f.) wurde eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, diagnostiziert. Es bestünden keine Anzeichen von Wahrnehmungsstörungen. Es sei aber ein starkes Misstrauen festzustellen. In der zweiten Woche des Aufenthalts sei ein Verfolgungswahn zu beobachten gewesen. Der Beschwerdeführer sei ratlos, die Stimmung sei gedrückt. Zudem seien eine gewisse Reizbarkeit, eine Beschwerdeneigung sowie ein Gefühl der Ungerechtigkeit und des Hoffnungsverlustes festzustellen. Ich-Störungen bestünden nicht. Die Aktivität sei bei schwerer Asthenie reduziert. Selbstmordgedanken seien vorhanden. Der Beschwerdeführer distanzieren sich jedoch davon (S. 7).

**3.2.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 2. August 2017 (AB 41) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0), ein Schlafapnoe-Syndrom und Schmerzen am linken Knie (S. 1 Ziff. 1.1). Aufgrund der depressiven Störung sei der Beschwerdeführer mehrfach hospitalisiert worden. Der psychische Zustand habe sich seit April 2016 verschlechtert. Der Beschwerdeführer leide an Traurigkeit, Müdigkeit, mangelnder Motivation und Vitalität, sozialer Isolation, Angstsymptomen, Einsamkeit und chronischen Schmerzen. Ferner bestünden auch Symptome von Misstrauen und Verfolgung. Der Beschwerdeführer sei gereizt, nervös und zeige eine psychomotorische Unruhe (S. 2 Ziff. 1.4). Weiter attestierte der Psychiater bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6).

**3.2.3** Der Beschwerdeführer war vom 9. bis 23. April 2018 in der Klinik I. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 16. Mai 2017 (recte wohl: 2018; AB 65 S. 3 f.) wurden eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) diagnostiziert. In der ersten Woche habe eine Verbesserung der Schlafqualität, der subjektiven Empfindlichkeit und der Anteilnahme bei Gruppenaktivitäten erzielt werden können. Während der zweiten Woche habe sich die therapeutische Beziehung verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe den Aufenthalt frühzeitig abgebrochen, weil er sich durch eine Mitarbeiterin verbal verletzt gefühlt habe (S. 3).

**3.2.4** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2017 (AB 46) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Ein- bis Zweigefässerkrankung, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine Durchschlafinsomnie, eine rezidivierende depressive Störung, eine chronische Gastritis, Bulbitis und Duodenitis, eine schwerst aktive Refluxösophagitis, eine retropatellare Chondromalazie mit osteochondraler Läsion der zentralen Trochlea linkes Knie, eine grosse Diskushernie C3/4 links, eine grossflächige Diskusprotrusion C6/7, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine narzisstische Persön-

lichkeitsstörung mit Impulskontrolle. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Prostatahyperplasie, chronische Kopfschmerzen sowie einen Status nach Lues latens auf (S. 2 Ziff. 1.1). Der polymorbide Beschwerdeführer sei seit Jahren aufgrund seiner gesundheitlichen Störungen nicht arbeitsfähig. Die Prognose betreffend eine Arbeitsaufnahme sei aufgrund der zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes schlecht (S. 3 Ziff. 1.4).

**3.2.5** Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 19. März 2018 (AB 61.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische zerviko-spondylogene Schmerzen, einen Status nach Infiltration mit Kenacort HWK 5/6 links, chronische lumbale Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen sowie eine fortgeschrittene posttraumatische Ellbogengelenksarthrose. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine Chondropathie patellae Kniegelenk links, eine koronare Ein- bis Zweigefässerkrankung, eine chronische Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) einhergehend mit einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) sowie psychischen und Verhaltensstörung durch Sedative und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2), ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine bekannte Refluxoesophagitis, eine Prostatahyperplasie sowie einen Status nach Lues latens auf (S. 52 f. Ziff. 8.1).

Aus allgemein internistischer Sicht bestünden keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es empfehle sich eine regelmässige körperliche Bewegung, eine Ernährungsumstellung und eine Gewichtsreduktion. Dazu sei weiterhin eine strenge Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren sinnvoll (S. 54 oben).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer handle es sich um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, was einer Rentenneurose gleichkomme. Zudem bestehe neben den multiplen somatischen Erkrankungen ein passiv-aggressives Verhalten mit Aggravation. Der Beschwerdeführer sei verbittert, gekränkt, scheine kein anders Lebensziel zu haben, als eine Rente zu erlangen. An seinem Verhalten und in seiner Beschwerdeschilderung produziere er Symptome,

die mit einer chronischen Anpassungsstörung verbunden seien. Unter Einbeziehung der objektiven Befunde, der Verhaltensbeobachtung und -beurteilung sei von nicht authentischen Defiziten und nicht validen Befunden auszugehen. In der Lebensgeschichte ergäben sich sonst keine Hinweise für eine Persönlichkeitsentwicklung ausserhalb der Norm. Aufgrund mangelnder Kooperationsbereitschaft sei es nicht möglich gewesen, eine depressive Störung zu diagnostizieren. In Bezug auf die geäusserte Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, sei dies eher mit der Symptomatik einer chronischen Anpassungsstörung erklärbar. Nach den Diagnosekriterien für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 müssten fünf der folgenden Kriterien vorhanden sein: grandioses Verständnis über eigene Talente, Phantasien von grenzenlosen Erfolg, Glaube an seine eigene Einzigartigkeit, Bedürfnis nach exzessiver Bewunderung, Wunsch nach günstiger Behandlung bzw. Eingehen auf die eigenen Forderungen, ausbeuterisch in Beziehungen, keine Empathie, Neid auf andere und arrogantes Verhalten. Bestätigt seien nur drei Symptome (Wunsch nach günstiger Behandlung, Eingehen auf die eigenen Forderungen, arrogantes Verhalten). Labortechnisch könnten Benzodiazepine nachgewiesen werden, was auf eine dauerhafte Einnahme hinweise (Abhängigkeit). Zusammenfassend liege aus rein psychiatrischer Sicht keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit vor (S. 35 f. Ziff. 5.4.2 f.).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, bei der aktuellen Untersuchung seien die Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) nur leichtgradig in der Funktion schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Eindeutige Hinweise auf radikuläre Ausfallerscheinungen bestünden nicht. Die Schmerzen lumbal und zervikal seien erklärbar durch wiederholte Facettenreizungen und eine myofasciale Problematik. Hinweise auf eindeutige segmentale Nervenkompressionszeichen hätten sich nicht gefunden. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei leichtgradig und überwiegend qualitativ beeinflusst. In der angestammten Tätigkeit im ... und in einer adaptierten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung der Schädigung und Störung von Seiten der HWS und LWS sowie des rechten Ellbogengelenks bei fortgeschrittener Ellbogenarthrose eine Arbeitsfähigkeit von 80% (S. 43 f. Ziff. 6.4.3 und 6.6.1). Aufgrund der strukturell bleibenden Schädigungen bestehe ein vermehrter Pausenbedarf und aufgrund der Schmerzchronifi-

zierung eine Verlangsamung. Der zeitliche Arbeitsrahmen werde deshalb auf sieben bis acht Stunden pro Tag während fünf Tagen pro Woche definiert. Dabei seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten über 15kg, ohne einseitige Reklination und Zwangshaltung der HWS, ohne regelhaftes Treppen-, Leiter- und Gerüste steigen sowie ohne gebückte kauernde Positionen zumutbar. Tätigkeiten unter ständigem Armeinsatz rechts mit ziehenden, stossenden und Drehbewegungen seien ungünstig (S. 45 Ziff. 6.6.3 f.).

Aus neurologischer Sicht wurden keine relevanten Einschränkungen festgestellt (S. 50 Ziff. 7.4.4).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, mangels Einschränkungen des positiven und negativen Leistungsbildes aus psychiatrischer, neurologischer und allgemein-internistischer Sicht sei die orthopädische Beurteilung führend. Damit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im ... und in einer angepassten Tätigkeit von 80% (S. 54 f. Ziff. 9.1.1 und 9.2.1).

**3.2.6** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 28. Mai 2018 (AB 65 S. 1 f.) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit August 2011 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung in seiner Behandlung. Er sei bereits mehrfach stationär behandelt worden wegen einer Verschlechterung des depressiven Zustandes und Selbstmordgedanken. Zudem bestünden in verschiedenen Bereichen zwischenmenschliche Probleme (S. 1). Soweit der psychiatrische Gutachter eine chronische Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.25 diagnostiziere und sich diesbezüglich auf die Probleme zwischen dem Beschwerdeführer und dem Sozialdienst beziehe, werde die schwere psychiatrische Vorgeschichte ignoriert. Ferner bestätigte der Psychiater die zuvor gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei nicht erwerbsfähig (S. 2).

**3.2.7** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 7. Juli 2018 (AB 72 S. 3 f.) die zuvor gestellten Diagnosen. Der polymorbide Beschwerdeführer leide unter diversen internistischen und psychiatrischen Krankheiten. Aus gesundheitlichen Gründen und aufgrund fehlender Ressourcen sei er nicht in der Lage, eine regelmässige Arbeit aufzunehmen. Die Prognose sei

sehr schlecht. Entsprechend sei er bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 f.).

**3.2.8** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen die MEDAS-Gutachter am 24. September 2018 nochmals Stellung (AB 76). Zum Begutachtungszeitpunkt habe es keine Anhaltspunkte dafür gegeben, dass durch die bekannten internistischen Gesundheitsstörungen ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen könnte. Aus psychiatrischer Sicht habe es weder in der Kindheit noch in der Adoleszenz Anzeichen gegeben, welche die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung begünstigt hätten. Die gemischten Störungen von Gefühlen und sozialem Verhalten im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) hätten erst begonnen, nachdem der Beschwerdeführer im Jahr 1999 in die Schweiz geflohen sei. Gegenüber seinem früheren Leben in ... habe er einen sozialen Abstieg gemacht, damit verbunden sei Verbitterung, Unzufriedenheit, Anspannung sowie Drohung eines Suizids mit appellativem Charakter. Der Beschwerdeführer zeige ein passiv-aggressives Verhalten mit Aggravation. Er scheine kein anderes Lebensziel zu haben, als eine Rente zu erlangen. In Anlehnung an der DSM-5 Klassifikation gelte eine Anpassungsstörung als chronisch, wenn die Störung länger als sechs Monate bestehe, was beim Beschwerdeführer der Fall sei. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei er demonstrativ und fordernd, keineswegs depressiv gewesen. Rückblickend könne zusätzlich ein Hospital-Hopper-Syndrom (ICD-10 F68.1) diagnostiziert werden, indem der Beschwerdeführer Symptome ohne einleuchtenden Grund wiederholt vortäusche wohl mit dem Ziel, die Krankenrolle einzunehmen und dadurch eine IV-Rente zu erzwingen (S. 1). Zusammenfassend sei an der psychiatrischen Diagnosestellung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzuhalten (S. 2).

**3.2.9** Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 16. Januar 2019 (AB 83) aus, der Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 24. September 2018 (AB 76) als Ergänzung zum MEDAS-Gutachten liesse sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer über Probleme ohne medizinische Ursache leide: er sei verbittert, da er mit den hiesigen Gegebenheiten nicht vertraut sei und gegenüber seinem früheren Leben einen sozialen

Abstieg gemacht habe. Zudem wünsche er eine Rente. Die Einwände des Beschwerdeführers seien medizinisch nicht nachvollziehbar (S. 2).

**3.3** 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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 19. März 2018 (AB 61.1) samt Stellungnahme vom 24. September 2018 (AB 76) gestützt.

Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten vom 19. März

2018 (AB 61.1) samt Stellungnahme vom 24. September 2018 (AB 76) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben ausführlich begründet, weshalb aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (S. 53 f. Ziff. 8.2.3 und 9.1.1). Weiter haben sie nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an chronischen zervikospindylogenen Schmerzen, einem Status nach Infiltration mit Kenacort HWK 5/6 links, chronischen lumbalen Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen sowie einer fortgeschrittenen posttraumatischen Ellbogengelenksarthrose leidet (S. 44 Ziff. 6.5.1, S. 52 Ziff. 8.1.1) und ihm eine angepasste Tätigkeit (leicht bis mittelschwer, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten über 15kg, ohne einseitige Reklination und Zwangshaltung der HWS, ohne regelhaftes Treppen-, Leiter- und Gerüstesteigen, ohne gebückte kauernde Positionen, ohne Tätigkeiten unter ständigem Armeinsatz rechts mit ziehenden, stossenden und Drehbewegungen) zu 80% zumutbar ist (S. 44 f. Ziff. 6.6.1 ff., S. 54 f. Ziff. 9.1.1, 9.2.1 f.). Dabei wurde die Leistungsminderung plausibel mit dem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der strukturellen bleibenden Schädigungen und der Verlangsamung aufgrund der Schmerzchronifizierung erklärt (S. 45 Ziff. 6.6.3, S. 55 Ziff. 9.2.1). Diese Einschätzung überzeugt, weshalb darauf abzustellen ist.

An der schlüssigen Einschätzung der Gutachter ändert nichts, dass Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 31. August 2017 (AB 46) und 7. Juli 2018 (AB 72 S. 3 f.) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, weist er darin doch auf keine neuen, den MEDAS-Gutachtern nicht bekannt gewesenen Elemente hin. Zudem fehlt in den besagten Berichten eine substantiierte Begründung hinsichtlich der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung des somatischen Gesundheitszustandes im MEDAS-Gutachten wird ausserdem vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

Ebenfalls die gegen die Einschätzung des MEDAS-Psychiaters beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Was vorab die in formeller Hinsicht in Frage gestellte Objektivität des Gutachters anbelangt (Beschwerde

S. 6 Ziff. 7), ist darauf hinzuweisen, dass konkrete Umstände, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit des Gutachters objektiv zu begründen vermögen, nicht ersichtlich sind und im Übrigen auch nicht substantiiert geltend gemacht werden. Soweit Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in den Berichten vom 2. August 2017 (AB 41) und 28. Mai 2018 (AB 65 S. 1 f.) aufgrund einer diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode, und einer paranoiden Persönlichkeitsstörung eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, vermag dies – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern. Abgesehen davon, dass diese Berichte von einem behandelnden Facharzt erstattet worden sind, so dass der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass dieser im Zweifelsfall zu Gunsten der Versicherten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470), ist nach der Rechtsprechung ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt. Vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Juli 2019, 8C\_229/2019, E. 5.1). Solche Aspekte werden in den erwähnten Berichten nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Darüber hinaus wurde im MEDAS-Gutachten klar begründet, warum keine namhafte psychische Beeinträchtigung besteht, sondern insbesondere von einer Rentenneurose resp. einem Rentenbegehren seitens des Beschwerdeführers auszugehen ist. Ferner wurde das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung schlüssig verneint (AB 61.1 S. 35 Ziff. 5.4.2 f.). Ausserdem hat sich der MEDAS-Psychiater in der Stellungnahme vom 24. September 2018 (AB 76) mit der divergierenden Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ einlässlich auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, weshalb aus psychiatrischer Sicht – entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters – keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann. Dabei wies er insbesondere darauf hin, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung keineswegs depressiv gewesen sei. Bezüglich des vom MEDAS-Psychiater in der Stellungnahme vom 24. September 2018 (AB 76) diagnostizierten Hospital-Hopper-Syndroms ist dem Be-

schwerdeführer zuzustimmen, dass diese Diagnose tatsächlich fraglich erscheint, zumal dieser meist durch ärztliche Einweisung oder fürsorgerische Unterbringung in stationäre Behandlung kam. Dies ist jedoch irrelevant, da der Einweisungsgrund nichts über den (psychischen) Gesundheitszustand und namentlich nichts über die bestehende Arbeitsunfähigkeit aussagt. Ausserdem führte der MEDAS-Psychiater das Hospital-Hopper-Syndrom als Differentialdiagnose auf (AB 76 S. 1), womit ein entsprechender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass im Zusammenhang mit dem vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter erhobenen psychischen Gesundheitsschaden resp. der diagnostizierten chronischen Anpassungsstörung, der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen und der durch Sedative und Hypnotika verursachte psychischen und Verhaltensstörungen (AB 61.1 S. 36 und S. 53) sowie der daraus abzuleitenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein gesondertes strukturiertes Beweisverfahren (vgl. E. 2.2.2 hiervor) durch das Gericht nicht nötig ist. Ein solches bleibt entbehrlich, wenn – wie hier – im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

**3.5** Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig ist ohne zusätzliche Leistungsminderung.

Der Sachverhalt ist somit hinreichend geklärt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

#### 4.

**4.1** Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

**4.1.1** 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). 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 Bundesgericht {BGer}] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn-mässig 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 Tabel-

lenlöhne 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).

**4.2** 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). Da der Beschwerdeführer in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. E. 3.4 hiervor), ist fraglich, ob er überhaupt im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig war (vgl. E. 2.3 hiervor). Diese Frage braucht jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden. Selbst wenn ein Einkommensvergleich (basierend auf den Daten des Jahres 2017; vgl. AB 29) vorgenommen wird, besteht – wie nachfolgend dargelegt wird – kein Rentenanspruch.

**4.3** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne ermittelt (AB 84 S. 2). Dies ist – mangels einer Tätigkeit, die der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich weitergeführt hätte – nicht zu beanstanden und wird denn auch nicht bestritten. Dabei ist angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abgeschlossen hat und er seit seiner Einreise in die Schweiz 1999 (AB 29 S. 3 Ziff. 4.1) Teilzeit-Stellen als Mitarbeiter im ... inne hatte (AB 40, 61.1 S. 28 Ziff. 3.1.2), auf das Total des Kompetenzniveaus 1 (einfache Arbeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE 2016 abzustellen.

Ferner hat der Beschwerdeführer, der in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig ist (vgl. E. 3.4 hiervor), keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen. Damit ist das hypothetische Invalideneinkommen anhand des gleichen Tabellenlohnes zu bestimmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor), zumal dem Beschwerdeführer diverse Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten 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 Umfang der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C\_358/2017, E. 2.2; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323). Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene Abzug von 5% (AB 84 S. 2; vgl. E. 4.1.2 hiervor) trägt allen einkommensbeeinflussenden gesundheitsbedingten Aspekten genügend Rechnung und ist nicht zu beanstanden. Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigte, ist nicht ersichtlich. Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) hier bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären und somit das Ergebnis nicht beeinflussten (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Damit resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 24% (Arbeitsunfähigkeit von 20% und behinderungsbedingter Abzug von 5%).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.3 hiernach) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

**5.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**5.3** Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

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

**5.3.2** Die Prozessarmut des Beschwerdeführers ist aufgrund seiner Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (Beschwerdebeilagen [BB] 1 und 2; vgl. auch AB 29 S. 10). Da das Verfahren zudem nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten erfüllt. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheissen. Eine amtliche Verbeiständung steht nicht zur Diskussion, weil die Rechtsvertreterin nicht über die hierfür notwendige anwaltliche Befähigung verfügt (Art. 111 Abs. 2 VRPG). Der Beschwerdeführer ist somit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird betreffend die Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

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.