

200 19 143 IV  
FUR/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Januar 2020**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Januar 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), angelernter ..., meldete sich im Februar 2016 unter Hinweis auf eine leichte Intelligenzminderung und eine rezidivierende Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Erhebungen, insbesondere veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 28 S. 5 ff.) eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA). Nachdem die IVB den Abklärungsbericht der AMA vom 9. Mai 2017 (act. II 39 S. 4 ff.) dem RAD zur Beurteilung unterbreitet hatte (RAD-Bericht vom 30. Mai 2017; act. II 41 S. 6 f.), stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Juni 2017 einen abschlägigen Rentenentscheid bei einem Invaliditätsgrad von 30 % in Aussicht (act. II 42). Dagegen erhob der Versicherte Einwand und liess der IVB medizinische Berichte zukommen (act. II 46, 48). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens unterbreitete die IVB die eingegangenen Berichte dem RAD (Stellungnahme vom 12. September 2017; act. II 50 S. 2) und ordnete eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie und Rheumatologie an (Gutachten vom 6. März 2018, inkl. Teilgutachten; act. II 63.1 und 63.3). Am 5. Juni 2018 stellte die IVB dem MEDAS Ergänzungsfragen zum psychiatrischen Teilgutachten (Stellungnahme MEDAS vom 11. Juni 2018; act. II 73). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 74, 77) verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. Januar 2019 (act. II 80) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 %.

### **B.**

Mit Eingabe vom 18. Februar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 30. Januar 2019 sei aufzuheben und ihm sei eine ganze Rente

der IV zuzusprechen. Eventuell sei die Verfügung vom 30. Januar 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären und festzustellen. Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. März 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine umfassende Stellungnahme 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 30. Januar 2019 (act. II 80). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV.

**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).

**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).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswir-

kungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 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).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Austrittsbericht des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2016 (act. II 46 S. 12-14) über die Behandlung in der Tagesklinik vom 16. März bis 14. Oktober 2016 wurde eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) im Rahmen einer leichten Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) diagnostiziert (act. II 46 S. 12). Bei fehlenden Hinweisen auf Eigen- und Fremdgefährdung sei der Patient in die vorbestehenden häuslichen Verhältnisse entlassen worden. Die Aufnahme einer Beschäftigung habe der Patient aufgrund der aktuell sehr intensiven Betreuung seiner Mutter und entsprechend fehlender zeitlicher Kapazität auf Anfang des Jahres verschieben wollen (act. II 46 S. 14). Hinsichtlich der in diesem Rahmen durchgeführten psychodiagnostischen Abklärung wurde berichtet, aufgrund des erhobenen Leistungsprofils könne beim Gesamt-IQ von 63 die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) ohne Verhaltensstörung gestellt werden. Beim Versicherten lägen grenzwertige intellektuelle Ressourcen vor. Er besitze die Möglichkeit, auch in der Privatwirtschaft einfachen Tätigkeiten als ... nachzugehen (Bericht Spital D.\_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2016; act. II 23 S. 4 f.).

**3.1.2** Im Abklärungsbericht AMA vom 9. Mai 2017 (act. II 39 S. 4 ff.) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und eine Coxarthrose beidseits genannt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Sarkoidose aufgeführt. Da nach dreitägiger Arbeit zu befürchten gewesen sei, dass die Abklärung wegen Überforderung/psychosomatischer Beschwerden (langer Arbeitsweg, Haushalt, Pflege der Mutter) abgebrochen werden könnte, sei das Zeitpensum von 80 % auf 50 % gesenkt worden. Zusammenfassend könne festgehalten werden,

dass der Versicherte in erster Linie durch deutliche kognitive Defizite in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sei. Auch bei einfachen manuellen (act. II 39 S. 15) Tätigkeiten bestehe eine starke Verlangsamung sowie ein erhöhter Bedarf an Begleitung. Durch diverse somatoforme Beschwerden entstehe ein zusätzlicher Pausenbedarf. Es bestehe ein deutlich reduziertes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau. Um die selbständige Erledigung seiner persönlichen Angelegenheiten zu bewerkstelligen, benötige der Versicherte deutlich mehr Zeit und sei schneller erschöpft. Daher sei eine Arbeit nur in reduziertem Zeitpensum von maximal 60 % zumutbar. In diesem Zeitpensum seien einfache Tätigkeiten in verlangsamttem Tempo (35 %) möglich. Dabei bestehe ein erhöhter Bedarf an Instruktion und Supervision sowie die Notwendigkeit verlängerter Einarbeitungszeit bei Aufgabenwechsel. Im Hinblick auf die bekannte Coxarthrose beidseits seien schwere körperliche Arbeiten nicht zumutbar (act. II 39 S. 16).

**3.1.3** Die RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 30. Mai 2017 (act. II 41 S. 6 f.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0). Nicht auszuschliessen sei eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2), differenzialdiagnostisch (DD) eine Somatisierungsstörung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Anpassungsstörung, eine Sarkoidose Typ I, eine diastolische Hypertonie, eine Adipositas, eine Coxarthrose beidseits, ein Status nach laparoskopischer Cholezystektomie, ein Status nach Lungenembolie und ein Status nach offener Herniotomia inguinalis links. Grundsätzlich sei die bereits initiale zeitliche Einschränkung auf 80 % in der AMA-Massnahme nicht nachvollziehbar, da bereits im Eintrittsgespräch der AMA die Belastung mit psychosozialen krankheitsfremden Faktoren (Pflege der Mutter) deutlich geworden sei (act. II 41 S. 6). Würden die einzelnen Tätigkeiten in der AMA-Massnahme getrennt betrachtet, werde deutlich, dass der Versicherte bei einfachen seriellen Montagen und bei der technischen Montage vollwertige Qualität abrufen könne. Die Quantität habe dabei durchschnittlich 50 % betragen. Bei einer Festanstellung in diesem Bereich lasse sich trotz verminderter Auffassungsgabe und reduziertem Umstellungs- und Anpassungsvermögen mit initial erhöhtem Betreuungsaufwand durch die repetitiven Inhalte sicherlich ein Übungseffekt mit Erhöhung der

Quantität erreichen. Sei die repetitive Tätigkeit eingeübt, bedürfe es nicht mehr eines erhöhten Betreuungsaufwandes im geschützten Rahmen. Somit müsste sich ein Leistungsvermögen für einfache manuelle/serielle leichte bis mittelschwere Arbeiten mit einer Arbeitspräsenz von 80 % und bei Übungseffekt mit einer Leistung von 60-80 % ergeben (act. II 41 S. 7).

**3.1.4** Am 22. Juni 2017 verwies die behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, auf die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung (act. II 46 S. 9), nachdem sie bereits am 12. Februar 2016 eine atypische Schizophrenie (ICD-10 F20.3) bei leichter Intelligenzminderung (ICD-10 F70.1) diagnostiziert hatte (act. II 15 S. 2 ff.). Die Restarbeitsfähigkeit könne mit den im Spital D. \_\_\_\_\_ festgestellten Diagnosen und Ergebnissen der neuropsychologischen Testung, die einer Intelligenzminderung entsprächen und Defizite insbesondere beim Arbeitstempo sowie der Wahrnehmung gezeigt hätten und alle komplexen Funktionen betreffen, nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden. Realistisch sei ein Arbeitspensum von 50-70 % im geschützten Rahmen unter engmaschiger psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung einschliesslich Psychopharmaka (act. II 46 S. 11).

Am 9. August 2017 hielt die behandelnde Psychiaterin zusätzlich fest, die Aussage der RAD-Ärztin, bereits im Eintrittsgespräch der AMA sei die Belastung mit psychosozialen krankheitsfremden Faktoren (Pflege der Mutter) deutlich geworden, stimme nicht. Aufgrund der Intelligenzminderung lebe der Patient schon das ganze Leben mit der Mutter in derselben Wohnung und habe eine starke Bindung zu ihr. Die Spitex pflege die Mutter und der Bruder des Patienten entlaste ihn sowie die Mutter. Durch die Intelligenzminderung verfüge der Patient nicht über ausreichend Mechanismen, um gewisse Alltagsbelastungen, Druck- und Stresssituationen bei der Arbeit, wie auch im privaten Umfeld zu bewältigen. Es komme dann zu körperlichen und psychischen Symptomen und zur totalen Dekompensation. Dies habe nichts mit Hypochondrie zu tun. Gegen eine hypochondrische Störung spreche eindeutig, dass der Akzent nicht auf der Krankheit und auf deren zukünftigen Folgen lägen, sondern auf den Symptomen (Erbrechen und Schmerzen; act. II 46 S. 6).

**3.1.5** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der hausärztlichen Stellungnahme vom 13. August 2017 (act. II 48 S. 2) fest, der Bericht der AMA enthalte klipp und klar die erheblichen, intellektuellen und damit auch die arbeitsrelevanten Grenzen. In der Beurteilung und dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil würden eindeutig ein deutlich reduziertes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau, eine klare Verlangsamung und eine raschere Erschöpfbarkeit mit einem maximal zumutbaren Arbeitspensum von 60 % attestiert. Einfache manuelle Tätigkeiten seien nur in verlangsamttem Tempo möglich mit vermehrter Instruktion/Supervision. Alle Verweistätigkeiten bezögen sich klar auf einen Arbeitsplatz im zweiten Arbeitsmarkt. Die Interpretation der RAD-Ärztin sei schlichtweg nicht nachvollziehbar resp. geradezu fahrlässig. Er betreue den Versicherten seit 18 Jahren als Hausarzt und könne nur betonen, dass der Patient nicht im entferntesten fähig wäre, einen 80-100%-igen Arbeitseinsatz zu bestehen. Dies lasse sich bereits aus der AMA ableiten, bei der der Patient mit einem 50 %-Pensum bereits an seine allgemeinen Grenzen angelangt sei. Bei einer Überforderung reagiere er wie oft erlebt mit heftigen körperlichen Störungen.

**3.1.6** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 (act. II 63.1) wurden interdisziplinär mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende Coxarthrose beidseits, eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, anamnestisch eine Sarkoidose Stadium I (act. II 63.1 S. 64), klinisch eine inapperzepte kaum symptomatische beginnende diskrete Femoropatellar-Arthrose links und belastungsabhängige zeitweise auftretende thorakolumbale Missempfindungen mit spondylogener Ausstrahlung diagnostiziert (act. II 63.1 S. 65).

Die aktuelle chirurgisch-internistische Untersuchung ergebe das Bild eines adipösen, kardiopulmonal kompensierten Versicherten mit einer arteriellen Hypertonie (act. II 63.1 S. 69). Aus chirurgisch-internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (act. II 63.1 S. 69).

Bei der rheumatologischen Exploration trete das thorakolumbale Rückenleiden nur sporadisch unter erheblicher Belastung auf, anlässlich der aktuellen Untersuchung sei der Versicherte diesbezüglich beschwerdefrei gewesen. Es hätten sich keine Hinweise weder für eine Facettengelenks- noch radikuläre Symptomatik im Bereich der HWS oder LWS ergeben. Betreffend Hüftgelenke bestehe eine beginnende Coxarthrose bei einer Impingement-Konfiguration, die nach intraartikulären Steroid- und Hyaluronsäureinfiltrationen gut kompensiert sei. Aus rheumatologisch-somatischer Sicht bestehe für eine angepasste Tätigkeit ohne lange Gehstrecken, ohne Tätigkeiten mit Erschütterungen oder auf unebenem Boden, ohne Gewichtsbelastung über 15-20 kg und ohne belastende Tätigkeit für die HWS und LWS eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein volles Arbeitspensum. Alle vorausgegangenen Tätigkeiten, zuletzt in der ..., seien für die Hüftgelenke zu belastend.

Bei der neuropsychologischen Beurteilung lasse die Zusammenstellung der Befunde auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Unter diesen Umständen bestehe natürlich das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten. Aus neuropsychologischer Sicht könne wegen mangelnder Mitarbeit keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (act. II 63.1 S. 69).

Bei der psychiatrischen Exploration zeigten sich im objektiven psychopathologischen Befund einige Auffälligkeiten. Es bestünden Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörungen. Der Versicherte vermöge sich nur bedingt auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen. Er sei logorrhöisch, teils weitschweifig und schwer lenkbar. Das Tagesprofil weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Es bestünden deutliche (act. II 63.1 S. 69) Einschränkungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie der Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten. Der Versicherte erfülle gemäss ICD-10 die Krite-

rien für eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Zudem bestehe aktenanamnestisch eine Intelligenzminderung mit einem IQ von 63. Diese habe aufgrund des Aggravationsverhaltens in der neuropsychologischen Untersuchung nicht überprüft werden können. Als Kontextfaktor sei die pflegebedürftige Mutter zu erwähnen. Die Intelligenzminderung habe zur Folge, dass die undifferenzierte Somatisierungsstörung nicht überwunden werden könne. Anhand der Anamnese, der beruflichen Karriere und der Arbeitsabklärung müsse überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass der Versicherte auf dem ersten Arbeitsmarkt 100 % arbeitsunfähig sei (act. II 63.1 S. 70).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der ... zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne lange Gehstrecken, ohne Tätigkeiten mit Erschütterungen oder auf unebenem Boden, ohne Gewichtsbelastungen über 15-20 kg und ohne Belastungen der HWS und LWS bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Aus chirurgisch-internistischer Sicht sei er für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (act. II 63.1 S. 70). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit mindestens September 2015. Eine durch die IV veranlasste Abklärung (AMA) sei nach ausführlicher Testung zu demselben Ergebnis gekommen. Auch die gesamte Karriere mit den mehrheitlich kurzen Tätigkeiten, weise darauf hin, dass der Versicherte im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei. Aufgrund der Intelligenzminderung sei es ihm nicht möglich, die nicht objektivierbaren somatischen Beschwerden zu überwinden. In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit bei der ... sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in einer Verweistätigkeit sei er auf dem ersten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 63.1 S. 71).

Auf Nachfrage der IVB führte die MEDAS in der Stellungnahme vom 11. Juni 2018 (act. II 73) aus, in der psychiatrischen Untersuchung habe kein Aggravationsverhalten festgestellt werden können. In der neuropsychologischen Untersuchung sei ein Aggravationsverhalten festgestellt wor-

den, weshalb die Intelligenzminderung nicht habe objektiviert werden können. Das Aggravationsverhalten sei nicht auf eine verselbständigte, krankheitswerte psychische Störung zurückzuführen. Die erhobenen Befunde, die Aktenlage, insbesondere auch die Lebensgeschichte inkl. Arbeitsabklärungen zeigten deutlich, dass der Versicherte im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei (act. II 73 S. 1).

**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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2019 (act. II 80) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 (inkl. Teilgutachten; act. II 63.1 und act. II 63.3) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen der begutachtenden Personen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Recht-

sprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm insoweit volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**3.4** Aus rheumatologischer Sicht hat der Gutachter der MEDAS, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende Coxarthrose beidseits vorliegt und dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der ... nicht mehr zumutbar ist, hingegen dieser in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne lange Gehstrecken, ohne Tätigkeiten mit Erschütterungen oder auf unebenem Boden, ohne Gewichtsbelastungen über 15-20 kg und ohne Belastungen der HWS und LWS 100% arbeitsfähig ist (act. II 63.1 S. 36 f. und S. 69). Aus chirurgisch-internistischer Sicht haben die begutachtenden Personen med. pract. Eveline Müller, Fachärztin für Chirurgie, und Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, überzeugend dargelegt, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (act. II 63.1 S. 68 f.). Diese Einschätzungen werden vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt. In somatischer Hinsicht ist somit in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung auszugehen.

### **3.5**

**3.5.1** Aus psychiatrischer Sicht führte die Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_, praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) auf. Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob sie keine (act. II 63.1 S. 53).

Die Beschwerdegegnerin macht geltend, aufgrund des Aggravationsverhaltens anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung habe die in den Akten erwähnte Intelligenzminderung, welche primär für die vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten die Ursache sein solle, nicht überprüft werden können. Aus psychiatrischer Sicht sei demnach ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, weshalb auf das rheumatologische Zumutbarkeitsprofil abzustellen sei (act. II 80 S. 3). Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, eine fehlende Motivation sei nicht mit Aggravation gleichzusetzen, womit die Feststellungen der Aggravation vor diesem Hintergrund bereits ungenügend begründet seien. Massgebend sei jedoch, dass die psychiatrische Gutachterin nach der Untersuchung die früher diagnostizierte Intelligenzminderung nicht in Frage gestellt, sondern bestätigt habe. Diese werde auch von der behandelnden Psychiaterin bestätigt, welche ausführlich erklärt habe, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei. Gleiches ergebe sich auch aus den Ergebnissen der AMA. Es liege mithin kein Fall der Beweislosigkeit vor (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 14-18).

**3.5.2** Die Neuropsychologin Dr. sc. hum. dipl. Psych. J. \_\_\_\_\_ hielt im neuropsychologischen Gutachten der MEDAS vom 21. Dezember 2017 (act. II 63.3) fest, die Testergebnisse seien als nicht valide anzusehen. Da es sich um eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf die IVB handle, sei ein substanzieller Anreiz geben. Der Beschwerdeführer habe bei den Symptomvalidierungstests Resultate erzielt, die weit unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen wären. Die Testergebnisse der Reaktionszeitmessung seien nicht mit den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion zu erklären (act. II 63.3 S. 5). Es sei höchst wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer bei diesem Test aggravierte Reaktionen gezeigt habe. Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste hätten nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen. Die extrem verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine Variabilität gezeigt, die neurophysiologisch nicht erklärbar sei. Die psychiatrische Untersuchung habe als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung ergeben. Die rheumatologische Untersuchung habe eine beginnende Coxarthrose beidseits ergeben. Diese Diagnosen könnten die zuvor beschriebenen Auffälligkeiten nicht erklären (act. II 63.3 S. 6). Die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit

keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Aus neuropsychologischer Sicht könne wegen mangelnder Mitarbeit keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (act. II 63.3 S. 7).

Die Neuropsychologin Dr. J.\_\_\_\_\_ hat überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeführer anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung ein inadäquates bzw. inkonsistentes Verhalten gezeigt hat, welches sich weder neuropsychologisch noch durch die gutachtlich erhobenen psychiatrischen und somatischen Diagnosen erklären lässt. Aufgrund der abzuklärenden gesundheitlichen (psychischen) Problematik des Beschwerdeführers kommt vorliegend der neuropsychologischen Begutachtung eine zentrale Bedeutung zu. Im Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 wurden als (psychiatrische) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Intelligenzminderung und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung aufgeführt (act. II 63.1 S. 64). Hierzu führte die psychiatrische Gutachterin plausibel aus, die Intelligenzminderung habe zur Folge, dass die undifferenzierte Somatisierungsstörung nicht überwunden werden könne (act. II 63.1 S. 62 f.). Damit ist allein die Intelligenzminderung verantwortlich für die gutachtlich (psychiatrisch) attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Eine auf geringe Intelligenz zurückzuführende Erwerbsunfähigkeit gilt in der Regel erst als gesundheitlich verursacht, wenn die Intelligenz im medizinischen Sinne vermindert ist, der IQ mithin weniger als 70 beträgt, was beim Beschwerdeführer mit dem des Spitals D.\_\_\_\_\_ festgestellten IQ von 63 (act. II 23 S. 5) zu bejahen wäre. Doch gerade diese Intelligenzminderung ist hier nicht erstellt. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt denn auch fest, dass im Rahmen der aktuellen Begutachtung die (aufgrund der Aktenlage und des Begutachtungsgesprächs diagnostizierte) Intelligenzminderung aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht habe objektiviert werden können (act. II 63.1 S. 62). Wenn die Beschwerdegegnerin der gutachterlichen Einschätzungen der Dr. J.\_\_\_\_\_ folgend in rechtlicher Hinsicht auf das Vorliegen eines Ausschlussgrundes (vgl. Entscheid des BGer vom 30. November 2018, 8C\_378/2018, E. 6.2) geschlossen hat, ist dies deshalb nicht zu beanstanden. In der Stellungnahme der MEDAS vom 11. Juni 2018

(act. II 73) wurde ausdrücklich verneint, dass die Aggravation auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist. Unerheblich ist, dass sowohl die psychiatrische Gutachterin wie auch die behandelnde Psychiaterin die Intelligenzminderung bestätigten und eine vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt postulierten, denn gerade diese Minderintelligenz konnte im Rahmen der Begutachtung nicht festgestellt werden. Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 und 143 V 418 (vgl. BGer 9C\_173/2015, E. 4.3).

**3.6** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Damit ist ausgehend vom formulierten Zumutbarkeitsprofil des rheumatologischen Gutachters (act. II 63.1 S. 36 f. und S. 69; vgl. E. 3.4 hiervor) nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als hinreichend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2) – auf weitere Beweisvorkehrungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; 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).

## **4.**

### **4.1**

**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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzu-

stellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**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 den vom BFS herausgegebenen 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 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 Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**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). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung im Februar 2016 (act. II 2) und in Anwendung

von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) auf August 2016 festzusetzen. Der Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

**4.3** Der Beschwerdeführer absolvierte eine Anlehre als ... (act. II 3 S. 2). Nach Abschluss dieser Ausbildung arbeitete er u.a. als ..., ... und ... im .... In den vergangenen Jahren hatte er diverse kurze Temporärstellungen als ..., ... und zuletzt im Jahr 2012 als ... im ... inne (act. II 13 S. 2 ff., act. II 14 S. 3).

Unter diesen Umständen lässt sich das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) nicht anhand der konkreten Verhältnisse feststellen, sondern ist gestützt auf den Tabellenwert der LSE zu ermitteln. Da es sich bei der letzten Tätigkeit um eine Arbeit ohne besondere Berufskennnisse gehandelt hat, ist vom durchschnittlichen monatlichen Brutto-lohn für Männer bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE, Kompetenzniveau 1, Total) auszugehen; damit wird ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte (somatische) Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.4 hiavor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Die Beschwerdegegnerin gewährte hiervon einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, da durch die gesundheitlichen Einschränkungen die möglichen Tätigkeitsbereiche reduziert seien (act. II 80 S. 1). Dieser Abzug ist nicht zu beanstanden. Somit besteht kein Anlass, um in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal – da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln sind – die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre und Beschäftigungsgrad) bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

**4.4** Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 % (vgl. E. 2.3 hiavor), da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 0 % in angepasster Tätigkeit; vgl. E. 3.4 hiavor) unter

Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier 10 %) entspricht (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

**4.5** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung 30. Januar 2019 (act. II 80) 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 (E. 5.3 hiernach) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

**5.3.1** Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als

amtliche Anwältin ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – 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. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_.

**5.3.2** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 29. März 2019 macht Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von 6.5 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 1'625.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 35.-- sowie Mehrwertsteuer von 7.7 % (von Fr. 1'660.--) im Betrag von Fr. 127.80, total Fr. 1'787.80, geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 1'787.80 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'300.-- (6.5 Std. x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 35.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 102.80 (7.7 % von Fr. 1'335.--), total somit eine Entschädigung von Fr. 1'437.80, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'787.80 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'437.80 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.

