

200 20 172 IV
JAP/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Mai 2020

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2012 – nachdem auf eine erste Anmeldung vom Oktober 2010 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2) hin der Anspruch auf berufliche Massnahmen im Januar 2012 abgewiesen worden war (AB 46) – ohne nähere Angaben zur gesundheitlichen Einschränkung erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 53). Die IVB wies den Anspruch auf berufliche Massnahmen am 22. Mai 2013 wiederum ab (AB 74) und verneinte am 11. Februar 2014 bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ebenso den Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 94). Die hinsichtlich beruflicher Massnahmen (Verfügung vom 22. Mai 2013 [AB 74]) erhobene Beschwerde (AB 83) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern insoweit gut, als es die Sache zur Durchführung einer Umschulung an die IVB zurückwies (Entscheid vom 3. April 2014, IV/2013/551 [AB 99]). Die gegen die Rentenabweisung (Verfügung vom 11. Februar 2014 [AB 94]) erhobene Beschwerde (AB 96) wies das Verwaltungsgericht am 22. April 2014 ab (IV/2014/261 [AB 100]). In der Folge gewährte die IVB berufliche Massnahmen (berufliche Abklärung [AB 120], Arbeitstraining [AB 159, 192]), welche per 17. Juni 2015 abgebrochen wurden (AB 198, 200, 204, 212, 217), was vom Verwaltungsgericht – unter Hinweis auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft – mit Urteil vom 2. Februar 2016 bestätigt wurde (IV/2015/868+890 [AB 235]).

B.

Im März 2017 beantragte der Versicherte abermals Leistungen der IV (AB 250), woraufhin die IVB insbesondere gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (vom 3. Juni 2019 [AB 348.1], samt Teilgutachten [AB 348.2-348.6]) mit Vorbescheid vom 17. Juni 2019 (AB 349) mangels einer Erwerbseinbusse bzw. bei einem Invaliditätsgrad von 0 % die Rentenabweisung in Aussicht stellte. Auf dagegen erhobenen Einwand des Versicherten

hin (AB 357, 359) holte die IVB Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12., 18. und 19. November 2019 (AB 361, 367-368) sowie vom 1. und 12. Dezember 2019 (AB 369-370) ein. Mit Verfügung vom 28. Januar 2020 (AB 372) beschied sie entsprechend dem Vorbescheid.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, am 28. Februar 2020 Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Abklärung des Sachverhalts an die IV-Stelle zurückzuweisen, eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab August 2015 eine Rente der IV zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2020 schliesst 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 28. Januar 2020 (AB 372). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht

nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.2 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 Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (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).

2.5 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2017 (AB 250) eingetreten und hat dabei das Gesuch um Hilflosenentschädigung zu Recht auf Abklärungen hinsichtlich Rentenanspruchs ausgedehnt (vgl. hierzu UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 29 N. 34 und Art. 43 N. 17; PÄRLI/KUNZ, in FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar ATSG, 2020, Art. 29 N. 38; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 46 N. 3; Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2010, Rz. 1030 und 2033). Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ob im massgeblichen Vergleichszeitraum zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 11. Februar 2014 (AB 94) – bestätigt mit VGE IV/2014/261 vom 22. April 2014 (AB 100) – und der hier angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2020 (AB 372) eine revisionsrechtlich relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (E. 2.4.1 und 2.4.3 hiavor), kann vorliegend offen bleiben. Wie aufzuzeigen sein wird, resultiert auch bei einer allseitigen Prüfung (E. 2.4.4 hiavor) kein Rentenanspruch.

3.2 Die angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2020 (AB 372) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf dem polydisziplinären (or-

thopädisch-traumatologischen, psychiatrischen, allgemein-internistischen, neurologischen und pneumologischen) Gutachten der MEDAS C. _____ AG (MEDAS) vom 3. Juni 2019 (AB 348.1 samt Teilgutachten [AB 348.2-348.6]) sowie den Berichten des RAD vom 12., 18. und 19. November 2019 (AB 361, 367-368) sowie 1. und 12. Dezember 2019 (AB 369-370).

3.2.1 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2019 (AB 348.1) führten die Experten in der Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen auf (AB 348.1/8 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Beginnende medial betonte Gonarthrose rechts mit leichtgradigem Streckdefizit nach vorderer Kreuzbandersatzplastik 06.11.2001
2. Beginnende medial betonte Gonarthrose links mit leichter vorderer Instabilität im Status nach vorderer Kreuzbandersatzplastik vom 16.11.2007 und arthroskopisch assistierter Notch-Plastik, medialer Meniskusnaht und Schraubenentfernung vom 29.01.2009
3. Pseudoarthrose rechtes Kahnbein nach Handgelenksdistorsion /-kontusion 2009
4. Hintere Schulterinstabilität rechtes Schultergelenk ohne Hinweis auf Belastungsminderung
5. Schwere Panikstörung ICD-10 F41.01
6. Mittelschwere restriktive Ventilationsstörung
- aktuelles FEV1 2.62L (64 %), CO-Diffusionskapazität 59 %

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Chronische Luxation Strecksehne DIII über dem Grundgelenk, ohne Reizzustand
2. Chronisch rezidivierende Nacken-Verspannungen nach HWS-Distorsion vom 20.05.2015
3. Dysthymia ICD-10 F34.1
4. Depressive Episode, gegenwärtig remittiert ICD-10 F32.4
5. Adipositas ersten Grades (BMI 31 kg/m²)
6. Vergrösserte hilomediastinale Lymphknoten ungeklärter Ätiologie (DD Sarkoidose)

In der bisherigen Tätigkeit als ... und ... liege seit der Zunahme der Kniegelenksbeschwerden ab etwa 2014 eine Arbeitsfähigkeit von gesamthaft 0 % vor (AB 348.1/10-11 Ziff. 4.7 und 4.9). In einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit (ohne Zwangshaltungen [kniend, hockend oder kauern, in und über Kopfhöhe], ohne extreme Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe, ohne repetitive belastende Handgelenkstätigkeiten und Vibrationsexposition, ohne Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch bezüglich der Standsicherheit) bestehe eine psychiatrisch bedingte Ein-

schränkung der Leistung von 20 % bis 30 %, dementsprechend betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % bis 80 %; seit wann dies Gültigkeit habe, könne rückwirkend nicht mehr genau festgehalten werden (AB 348.1/8-11 Ziff. 4.3, 4.5, 4.8 und 4.9).

3.2.2 In der RAD-Stellungnahme vom 12. November 2019 (AB 361) hielt Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie, zum neurologischen Teilgutachten (AB 348.5) fest, dieses sei bezüglich des funktionellen Tremors gut nachvollziehbar. Der Gutachter habe ein hochfrequentes Zittern bis Schütteln der linken Hand beschrieben, welches auf Ablenkung sofort verschwinde. Hinsichtlich der Vorbringen der Rechtsanwältin bezüglich Tremoanalyse und Beantwortung von Zusatzfragen solle eine Vorlage an den Gutachter erfolgen.

3.2.3 Der RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Stellungnahme vom 18. November 2019 (AB 367) aus, das orthopädische Teilgutachten (AB 348.2) sei für die fraglichen Belange umfassend, vollständig, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, qualitativ gut, in Kenntnis der Vorakten erstellt, in sich konsistent und in seinen Begründungen eindeutig. Nachvollziehbar leite der orthopädische Gutachter die Kniegelenksdiagnosen, die Pseudoarthrose des Kahnbeins der rechten Hand und die hintere Instabilität des rechten Schultergelenkes aus Anamnese, Aktenbefunden und klinischer Untersuchung her, liste sie unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und gewichte sie im formulierten Zumutbarkeitsprofil plausibel.

3.2.4 In der RAD-Stellungnahme vom 19. November 2019 (AB 368) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, das psychiatrische Teilgutachten (AB 348.3) sei klar, umfassend, schlüssig und es könne darauf abgestützt werden. Es sei ausreichend Zeit für die Anamneseerhebung dokumentiert und zusätzlich eine laborchemische Untersuchung durchgeführt worden. Bei der Diagnoseerfassung sei differentialdiagnostisch vorgegangen und die weiteren Fragen inklusive Zusatzfragen gemäss aktuellem Standard für die Abfassung psychiatrischer Gutachten beantwortet worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht würden

keine Einwände vorgebracht, die dazu führten, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

3.2.5 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2019 (AB 369) aus, die seit 2017 mehrfach aus rein radiologisch-bildgebender Sicht dem Lungenfacharzt übermittelte Verdachtsdiagnose einer Lungensarkoidose habe zu keiner Zeit leitliniengerecht abgeklärt und ausgewiesen werden können. Sowohl das internistische wie auch das lungenfachärztliche Gutachten der MEDAS entspreche den Anforderungen des Bundesgerichts und die medizinischen Fragen seien klar aufgenommen sowie umfassend dokumentiert abgeklärt worden. Für eine vollständige medizinische Abklärung des Restleistungsvermögens werde eine spiroergometrische Untersuchung empfohlen, mittels welcher die trotz der seit 2012 umfangreich vorliegenden Abklärungen des Lungenleidens entstandenen medizinisch-diagnostischen Defizite ausgeglichen werden könnten.

3.2.6 In der RAD-Stellungnahme vom 12. Dezember 2019 (AB 370) hielt Dr. med. H. _____, Fachärztin für Urologie und Chirurgie, fest, in allen Fachrichtungen werde von den entsprechenden Ärzten des RAD festgehalten, dass auf das MEDAS-Gutachten abgestützt werden könne, da dieses klar, umfassend und schlüssig sei. Lediglich bei Bedarf könnte der neurologische Gutachter noch im Detail befragt werden, da ihm die Frage zu einer systematischen Erkrankung des zentralen Nervensystems, zu einer möglichen Narkolepsie, einer potentiellen narkoleptischen Therapie und dem Tremor nicht gestellt worden sei.

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 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. Juni 2019 (AB 348.1) erfüllt – was die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen anbelangt – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt insoweit vollen Beweis. Die Sachverständigen stützten ihre fachärztlichen Beurteilungen auf die wesentlichen Vorakten (AB 348.1/17-56, 348.2/2-3, 348.3/2-3, 348.4/2-3, 348.5/2-3, jeweils Ziff. 1.3 und 2 [Teilgutachten]), die klinischen Explorationen zwischen dem 1. März und 2. April 2019 (AB 348.1/3 Ziff. 2, 348.2/1, 348.3/1, 348.4/1, 348.5/1) sowie die Erkenntnisse aus den labortechnischen Zusatzabklärungen (AB 348.3/13-14, 348.4/7), so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Die dagegen erhobene Kritik des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5-6 Ziff. IV.3 ff.; AB 357/1, 359/1-10) verfängt nicht.

3.4.1 Vorab ist nicht ersichtlich, inwiefern „die Vorgänge um die Nichtbeantwortung der Zusatzfragen durch die richtige Fachdisziplin den Anschein der Befangenheit und der Inkompetenz der Gutachter“ erwecken sollen (Beschwerde S. 6 Ziff. IV.4). Ein Ausstands- und Ablehnungsgrund (vgl. hierzu BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1) ist weder ersichtlich noch wurde ein solcher im Vorfeld der Begutachtung vorgebracht, ging es doch damals hauptsächlich um die Fachdisziplinen bzw. Zusatzfragen (vgl. AB 282, 285.1, 290, 292, 304, 307, 312, 322). Die Zusatzfragen wurden in der Gesamtbeurteilung beantwortet (AB 348.1/11-14, vgl. auch AB 348.2/14-17, 348.3/20-22, 348.4/11-13), worauf auch in der Beschwerdeantwort (S. 2 Ziff. C.4) hingewiesen wurde. Ohnehin würde

eine Nichtbeantwortung der Zusatzfragen nicht per se die fachliche Qualifikation der Sachverständigen beschlagen und stellte auch keine „Verletzung des rechtlichen Gehörs durch Gutachter“ (AB 359/4) dar, da verwaltungs-externe Sachverständige ausserhalb des Anwendungsbereichs dieser Verfahrensgarantie (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 ATSG) stehen.

3.4.2 In somatischer Hinsicht führten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar mehrere Diagnosen aus dem orthopädischen (AB 348.1/8, 348.2/10) wie auch aus dem pneumologischen Fachgebiet (AB 348.1/8, 348.6/5) auf.

Überzeugend legte der orthopädische Gutachter dar, dass aufgrund der in beiden Kniegelenken bestehenden Funktionseinschränkungen (u.a. Streck- und Beugedefizit [AB 348.2/8-9]) Einschränkungen für Tätigkeiten in stehender, kniender und hockender Stellung sowie für Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch an die Stand- und Gangsicherheit vorliegen (AB 348.2/10-11 Ziff. 7.1). Mit Blick auf die vom Gutachter im Bereich des rechten Handgelenks ausgemachte Pseudarthrose sowie der Prognose, dass der Fortbestand der Arthralgie und die vorzeitige Entwicklung einer Handgelenksarthrose mittel- bis langfristig zu erwarten sei (AB 348.2/11 Ziff. 7.1), überzeugt auch die Vermeidung von Tätigkeiten mit kräftiger Haltefunktion (AB 348.1/8 Ziff. 4.3) sowie von repetitiv belastenden Handgelenkstätigkeiten und Vibrationsexposition (AB 348.1/9 Ziff. 4.5). Weiter ist schlüssig, dass die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter demonstrierte Subluxation der (rechten) Schulter bei fehlender Einschränkung bei zentrierter Stellung und passiver Führung des Armes (AB 348.2/7) allein bei Tätigkeiten in und über Kopfhöhe ins Gewicht fällt (AB 348.2/11 Ziff. 7.1). Die orthopädische Einschätzung wurde überdies vom RAD-Arzt Dr. med. E. _____ am 18. November 2019 bestätigt (AB 367). Damit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als ... (AB 348.2/12 Ziff. 7.4) bzw. als ... und ... (AB 348.1/10 Ziff. 4.7) mit der Entwicklung der Kniegelenksbeschwerden ab etwa dem Jahr 2014 vollständig arbeitsunfähig ist (AB 348.1/10-11 Ziff. 4.7 und 4.9, 348.2/13 Ziff. 8), in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit hingegen eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (AB 348.1/10 Ziff. 4.8, 348.2/13-14), dies unterbro-

chen durch die vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Autounfall vom 21. Mai 2015 (vgl. u.a. AB 258, 261).

Auch die pneumologische MEDAS-Einschätzung (AB 348.6) überzeugt. Dass dabei die Diagnose der mittelschweren restriktiven Ventilationsstörung im Teilgutachten – wohl versehentlich – als Diagnose ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit genannt wurde (AB 348.6/5 Ziff. 6), schadet nicht. Denn die Gutachterin hielt fest, in der körperlich anstrengenden Tätigkeit als ... sei aufgrund der mittelschweren Restriktion eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorhanden (AB 348.6/6 Ziff. 8) und in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde die Diagnose schliesslich unter denjenigen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (AB 348.1/8 Ziff. 4.2). Dass eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, teils sitzend, teils stehend, vollumfänglich zumutbar ist, überzeugt ebenso (AB 348.6/6 Ziff. 8). Daran ändert nichts, dass die MEDAS-Gutachterin ausführte, es sei keine eigentliche Klärung der Diagnosen vorhanden und die lungenfunktionalen Abklärungen seien durch eine schwierige Compliance erschwert (AB 348.6/4 Ziff. 6) bzw. es wäre ungemein wichtig, die pulmonale Diagnostik zu forcieren und eine klare Diagnose zu erzwingen (AB 348.6/6 Ziff. 8; vgl. auch RAD-Arzt Dr. med. G. _____ [AB 369/21-23 Ziff. 4]). Die Fachärztin befasste sich mit den beklagten Beschwerden (AB 348.6/1-3) und berücksichtigte insbesondere auch die Ergebnisse der Spiroergometrie aus dem Jahr 2012 (AB 348.6/2). Sie konnte – trotz Malcompliance (vgl. AB 348.6/4 Ziff. 6) – Befunde erheben und auch aufgrund der mittels Bodyplethysmographie festgestellten Werte (AB 348.6/4 Ziff. 4.3) und der Anamnese (AB 348.6/1-3) nachvollziehbar auf mittelschwere Restriktionen schliessen sowie die Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einwandfrei bestimmen (AB 348.6/6 Ziff. 8). Massgeblich ist denn auch nicht in erster Linie die genaue diagnostische Zuordnung, sondern welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (vgl. u.a. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.2.2, und 26. Januar 2018, 9C_78/2017, E. 5.2). Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2019 in nachvollziehbarer Weise aus, dass das von der Rechtsvertreterin bemängelte Fehlen einer Röntgen-Thoraxaufnahme (vgl. AB 359/1) bei bereits vorhandener Thorax-Übersichtsaufnahme nicht angezeigt ist

(AB 369/20-21 Ziff. 2) und auch die von ihr gestellte Verdachtsdiagnose einer Lungensarkoidose (vgl. AB 359/5, 359/8) überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann (AB 369/21 Ziff. 3).

Ferner überzeugt ebenso das neurologische Teilgutachten (AB 348.5), wonach auf diesem Fachgebiet keine Diagnosen gestellt wurden (AB 348.5/7 Ziff. 6) und demnach auch keine Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt (AB 348.5/8-9 Ziff. 8). Die Fachärztin des RAD hielt am 12. November 2019 zu Recht fest, der Gutachter habe das hochfrequente Zittern bis Schütteln der linken Hand beschrieben (AB 348.5/3 Ziff. 3.2) und nachvollziehbar als funktionell bezeichnet, da der Tremor anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bei Ablenkung sofort sistiert werden konnte (AB 348.5/7 Ziff. 6, 361/2). Von der abweichenden Einschätzung des Spitals L. _____ vom Juni 2018 (AB 314/10-12) hatte der Gutachter Kenntnis (AB 348.1/52) und die von der Rechtsvertreterin vor der Begutachtung gestellten Zusatzfragen (vgl. AB 312/10-11, 312/15-16, 322, 330/8-9, 359/4) wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung beantwortet (AB 348.1/11-12 Ziff. 1-4). Zuletzt ist zu beachten, dass Zittern auch eine körperliche Begleitsymptomatik einer Panikstörung ist (vgl. E. 3.4.3 hiernach).

Schliesslich ist auch das internistische Teilgutachten (AB 348.4) einleuchtend und nachvollziehbar abgefasst, so dass mit der einzig diagnostizierten Adipositas ersten Grades mangels Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 348.4/8 Ziff. 6) weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (AB 348.4/9-10 Ziff. 8). Der RAD beurteilte das Gutachten gleichermassen als schlüssig (AB 369/23).

3.4.3 In psychiatrischer Hinsicht (AB 348.3) legte die Expertin nach sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung (AB 348.3/3-14) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer schweren Panikstörung (ICD-10 F41.01) erfüllt sind (AB 348.3/14; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016,

S. 130 ff.; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 196 f.). Insbesondere das vom Beschwerdeführer beschriebene Zittern (AB 348.3/3-4 Ziff. 3.1 und 3.2, 348.3/14 Ziff. 6) stellt eines der vegetativen Symptome der Panikstörung dar. Die Diagnose steht denn auch in Einklang mit den Einschätzungen der Behandler der Psychiatrischen Dienste L. _____ (Berichte vom 8. Juni 2015 [AB 191/2 Ziff. 1.1] und 2. März 2017 [AB 261.40/2]) sowie derjenigen des Spitals L. _____ (Bericht vom 12. Oktober 2017 [AB 266/2]). Weiter diskutierte die Gutachterin die Diagnose einer depressiven Episode und begründete, weshalb eine solche im Begutachtungszeitpunkt als remittiert anzusehen, jedoch gut mit einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu vereinbaren war (AB 348.3/14 Ziff. 6; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O., S. 116 ff. und 123 f.; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 169 f. und 183 f.). Zudem gab sie an, aus welchen Gründen die (im Bericht der Psychiatrischen Dienste L. _____ vom 2. März 2017 [AB 261.40/2]) diagnostizierte somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) hier bei gestellter (Ausschluss-)Diagnose einer Panikstörung nicht vorliegt (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV.3; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT, a.a.O., S. 145) und stellte weitere differentialdiagnostische Überlegungen an (AB 348.3/14-15 Ziff. 6). Hinsichtlich der tagesklinischen Behandlungen im Jahr 2016 und 2017 ist zu beachten, dass die psychiatrische Expertin Kenntnis der stattgehabten Behandlungen hatte (AB 348.1/43-44 Ziff. 186 und 190, 348.1/48 Ziff. 213, 348.3/3 Ziff. 2, 348.3/6; vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. IV.3), was sich eben gerade in der (vorerwähnten) Diskussion der Differentialdiagnosen niederschlägt. Überdies müssen sich die Gutachter ohnehin nicht mit jedem Aktenstück bzw. Arztbericht einzeln befassen, sondern es genügt, wenn sie sich mit den wesentlichen Vorberichten auseinandersetzen (vgl. hierzu auch Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 3.2.1), was die Gutachterin hier überzeugend getan hat. Inwieweit der Hinweis, der Beschwerdeführer sei empfindlich auf Medikamente (Beschwerde S. 5 Ziff. IV.3), das psychiatrische Teilgutachten in Frage stellen sollte, ist nicht ersichtlich. Die Schlüssigkeit des Gutachtens wurde am 19. November 2019 schliesslich auch vom RAD-Facharzt bestätigt, wobei er zu den weiteren im Rahmen des Einwandverfahrens vorgebrachten Rügen (AB 359/8-

10) ausführlich Stellung nahm (AB 368/3-5). Die entsprechenden Einschätzungen des Dr. med. F. _____ überzeugen.

3.4.4 Insgesamt ist damit der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend abgeklärt, so dass es der beantragten weiteren Abklärung des Sachverhalts nicht bedarf (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), insbesondere der Beizug der Akten der Militär- und Unfallversicherung (Beschwerde S. 4 Ziff. III.2) erübrigt sich. Vielmehr bleibt zu prüfen, ob gestützt auf die psychiatrische Diagnose und anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.1 und 2.2.3 hiavor sowie E. 4 hiernach).

4.

4.1 Bezüglich der von der psychiatrischen Gutachterin gestellten Diagnosen sind die klassifikatorischen Vorgaben eingehalten (vgl. E. 2.2 und 3.4.3 hiavor). Im MEDAS-Gutachten finden sich zahlreiche Hinweise auf Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen (vgl. AB 348.1/10 Ziff. 4.6, 348.2/7-8 Ziff. 4.3, 348.3/13, 348.3/16 Ziff. 7.3, 348.5/5 Ziff. 3.2, 348.5/8 Ziff. 7.3). Ob damit eine blosser Symptomverdeutlichungstendenz oder ein Ausschlussgrund im Sinne von BGE 131 V 49 vorliegt (E. 2.2.2 hiavor), kann letztlich offen bleiben, denn die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 2.2.1 und 2.2.3 hiavor) ergibt kein stimmiges Gesamtbild.

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

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

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Massgeblich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er in den letzten vier Wochen vor der Begutachtung mindestens einmal täglich eine Panikattacke gehabt habe (AB 348.3/4 Ziff. 3.2, 348.3/14 Ziff. 6), diagnostizierte die Gutachterin eine schwere Panikstörung (ICD-10 F41.01 [AB 348.3/14-15]). Indes lässt dies mit Blick auf das intakte soziale Umfeld (E. 4.2.3 hiernach) und den geregelten Tagesablauf (E. 4.3.1 hiernach) des Beschwerdeführers noch nicht den Schluss auf eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu.

4.2.1.2 In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist den Akten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer von Dezember 2014 bis Januar 2016 in ambulanter psychiatrischer (samt medikamentöser) Behandlung bei der Psychiatrische Dienste I. _____ befand (AB 191/2-3 Ziff. 1.2 und 1.5, 261.40/2). Die Behandlungszuweisung war im Dezember 2014 im Zusammenhang mit Problemen bei der Wohnungssuche erfolgt (AB 261.153/1). Seit 2016 ist er in psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung bei Dr. med. J. _____, gemäss Medizinalberuferegister unter Dr. med. K. _____ seit 2019 als praktische Ärztin registriert (AB 263/1-5), wobei die Termine im Begutachtungszeitpunkt (27. März 2019 [AB 348.3/1]) gemäss Angaben des Beschwerdeführers zwei- bis dreimal pro Monat stattfanden (AB 348.3/6). Vom 13. Dezember 2016 bis 3. März 2017 sowie vom 20. März bis 13. Juli 2017 erfolgte bei der Psychiatrische Dienste I. _____ bzw. in der Psychosomatischen Medizin des Spitals L. _____ eine tagesklinische Behandlung (AB 261.5/34-36, 267). Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen noch verbessert werden und empfahl eine leitliniengerechte Behandlung der Panikstörung und insbesondere auch eine Anpassung der antidepressiven Medikation unter regelmässigen Plasmaspiegelkontrollen (AB 348.1/11 Ziff. 4.10, 348.3/20, vgl. zu den Hinweisen auf Malcompliance AB 348.3/16 Ziff. 7.3). Eine Behandlungsresistenz wird nicht postuliert.

In Bezug auf die Eingliederung ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer nach Verlust seiner letzten Arbeitsstelle im Jahr 2014 nicht mehr arbeitstätig war (AB 348.2/5, 348.3/8, 348.5/4, 348.6/2). Die von der IV im Jahr 2015 gewährten beruflichen Massnahmen (berufliche Abklärung [AB 120] und Arbeitstraining [AB 159, 192]) wurden insbesondere aufgrund wiederholter Verspätungen und Abwesenheiten vom Arbeitsplatz (AB 174/2, vgl. auch AB 210/2) und nachdem am 21. Mai 2015 ein Autounfall stattgefunden hatte (vgl. u.a. AB 258, 261) per 17. Juni 2015 abgebrochen (AB 198, 200, 204, 212, 217). Hinsichtlich beruflicher Zukunftsvorstellungen konnte der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung keine Angaben machen (AB 348.2/6) bzw. gab an, sich eine Teilzeitbeschäftigung im geschützten Bereich ohne Druck und ohne Stress vorstellen zu können (AB 348.3/11 Ziff. 3.2, 348.4/6 Ziff. 3.2).

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, hielten die Gutachter solche nicht fest. Die depressive Episode (ICD-10 F32.4) ist remittiert und die Dysthymie (ICD-10 F34.1) hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 348.3/15). Eine Wechselwirkung des psychischen Gesundheitsschadens mit den vorhandenen somatischen Beschwerden wird von den Gutachtern nicht postuliert und die Akten enthalten denn auch keine Hinweise für die Annahme einer solchen. Damit ist von keinen ressourcenhemmenden Komorbiditäten auszugehen.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) schloss die psychiatrische Gutachterin eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung aus (AB 348.1/9 Ziff. 4.4, 348.3/13). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung war die Auffassung nicht erschwert, die Konzentration nicht auffallend eingeschränkt und die Merkfähigkeit sowie das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirkten weitgehend unbeeinträchtigt. Sodann lagen keine Störungen des Ich-Bewusstseins vor und bis auf geschilderte akustische Halluzinationen lagen keinerlei Hinweise auf paranoide Denkinhalte vor (AB 348.3/12-13).

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) stellte die psychiatrische Gutachterin zwar einen leichten sozialen Rückzug fest (AB 348.1/6, 348.3/9), der Beschwerdeführer wohnt aber mit seiner

Ehefrau und den beiden Kindern in einer Mietwohnung und hat gemäss eigenen Angaben viele Kollegen, die ihn zu Hause besuchen würden (AB 348.3/8-9). Manchmal gehe er mit diesen auch auswärts etwas trinken, zudem würde er auch seine Kollegen besuchen. Seine Mutter und seine zwei Brüder wohnten in der Nähe und zu ihnen bestehe ein regelmässiger Kontakt, dies oftmals vor allem mit dem älteren Bruder. Die Kollegen würde er ca. alle ein bis zwei Wochen treffen, seine Mutter sehe er mindestens zwei Mal pro Woche (AB 348.3/9). Die Gutachterin nannte denn auch die gute und stützende Beziehung zur Ehefrau und den Kindern, wie auch das gute soziale Umfeld mit regelmässigen sozialen Kontakten sowie die guten Deutschkenntnisse als Ressource (AB 348.3/17 Ziff. 7.4). Damit hält das soziale Umfeld durchaus gewisse Ressourcen bereit.

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

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Schilderungen über einen geregelten Tagesablauf verfügt. So stehe er um 07:00 Uhr auf und helfe dem älteren Sohn beim Aussuchen der Kleider, wonach er sich bis um 09:00 Uhr wieder hinlege. Danach stehe er auf, esse und trinke etwas, höre Musik, lese etwas oder schaue eine Dokumentation und verbringe hiernach Zeit mit dem jüngeren Sohn. Die Mahlzeiten wie auch den gesamten Haushalt erledige die Ehefrau, wobei er sich am Nachmittag um die Kinder kümmere, manchmal gehe er auf den Spielplatz oder ins Schwimmbad. Ca. zweimal pro Woche würde er seine Mutter besuchen. Nach dem Abendessen um ca. 18:45 Uhr verbringe er wiederum Zeit mit seinen Kindern oder schaue fern, manchmal müsse er auch Dinge für den nächsten Tag vorbereiten oder er würde lesen. Zwischen 24:00 und 24:30 Uhr gehe er ins Bett (AB 348.3/9-10, vgl. auch AB 348.2/5). Zudem fährt er teilweise selber Auto (AB 348.2/6, 348.3/10, 348.3/14-15). Damit beeinträchtigt der zur Diskussion stehende Gesundheitsschaden die Tagesgestaltung des Beschwerdeführers nicht schwerwiegend, vielmehr ist er in der Lage, im Rahmen des Alltags Ressourcen zu mobilisieren.

4.3.2 Hinsichtlich der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) sprechen die verschiedenen Behandlungen (vgl. E. 4.2.1.2 hiervor) für einen gewissen Leidensdruck, doch hielten die Gutachter sowohl in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht gewisse Inkonsistenzen fest (AB 348.1/9-10 Ziff. 4.6). Insbesondere schilderte die psychiatrische Gutachterin Diskrepanzen zwischen den vorgetragenen massiven subjektiven Beschwerden (vgl. AB 348.3/4-5 Ziff. 3.2) und den Hinweisen für eine Malcompliance betreffend der psychopharmakologischen Medikation (bei einem nicht nachweisbaren Plasmaspiegel von Rivotril und sehr tiefem Plasmaspiegel von Paroxetin [AB 348.3/13-14, 348.7/1]; AB 348.1/10 Ziff. 4.6, 348.3/16 Ziff. 7.3). Überdies konnten die Experten orthopädischer- wie auch psychiatrischerseits weitere medizinische Massnahmen vorschlagen (AB 348.1/11 Ziff. 4.10).

4.4 In der Gesamtbetrachtung erscheinen die gutachterlich postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren (insbesondere mit Blick auf die Konsistenz [E. 4.3 hiervor]) nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt und es ist dementsprechend nicht auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 30 % (Leistungseinschränkung) abzustellen. Damit bleibt aus rechtlicher Sicht allein die somatisch begründete qualitative Einschränkung (körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit, ohne Zwangshaltungen [kniend, hockend oder kauern, in und über Kopfhöhe], ohne extreme Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe, ohne repetitive belastende Handgelenkstätigkeiten und Vibrationsexposition, ohne Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch bezüglich der Standsicherheit) im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bei 100%iger Arbeitsfähigkeit (E. 3.4.2 hiervor) massgebend. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt

der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

5.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 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) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

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

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

5.4 Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt unter der Prämisse der erfüllten einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzzeit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (Neuanmeldung vom März 2017 [AB 250]) auf September 2017 (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.5 Wird – anders als in der angefochtenen Verfügung (AB 372/1) und in Anlehnung an VGE IV/2014/261 (E. 4.2.1 [AB 100/13]) – für das Valideneinkommen die LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 2, Männer, Zeile 41-43 / Baugewerbe, herangezogen, resultiert aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Zeile F / 41-43 / Baugewerbe/Bau, 2017) sowie indexiert auf das Jahr 2017 (BFS, T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2018, Zeile F / 41-43 / Baugewerbe/Bau, 2016 bzw. 2017) ein Betrag von Fr. 73'456.10 (Fr. 5'911.-- x 12 / 40 x 41.3 / 100.4 x 100.7).

Da der Beschwerdeführer die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Daten zu be-

stimmen (E. 5.3 hiervor). Gestützt auf den Totalwert der LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, ergibt sich unter Berücksichtigung der vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.4.2 und 4.4 hiervor) ein Einkommen von Fr. 67'069.-- (Fr. 5'340.-- x 12 / 40 x 41.7 [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, a.a.O., Total, 2017] / 100.6 x 101.0 [T1.1.15, a.a.O., Total, 2016 bzw. 2017]). Hiervon ist mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.4 hiervor) – wenn überhaupt (vgl. E. 5.3 hiervor) – höchstens ein leidensbedingter Abzug von 10 % zuzulassen. Zwar wirken sich die qualitativen Einschränkungen (körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit, ohne Zwangshaltungen [kniend, hockend oder kauend, in und über Kopfhöhe], ohne extreme Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe, ohne repetitive belastende Handgelenkstätigkeiten und Vibrationsexposition, ohne Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch bezüglich der Standsicherheit) allenfalls lohnmindernd aus, es besteht jedoch eine quantitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (100 %). Da beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Daten erhoben werden, fällt zudem ein Abzug wegen allfälliger invaliditätsfremder Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) ausser Betracht, wäre doch ein solcher bei beiden Einkommen zu berücksichtigen und damit von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). In der Folge ist das Invalideneinkommen auf mindestens Fr. 60'362.10 (Fr. 67'069.-- x 0.9) zu veranschlagen.

5.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'456.10 und einem Invalideneinkommen von mindestens Fr. 60'362.10 resultiert ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von gerundet 18 % ([Fr. 73'456.10 ./ Fr. 60'362.10] / Fr. 73'456.10 x 100; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Damit ist die angefochtene Verfügung vom 28. Januar 2020 (AB 372) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach

dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

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.