

200 20 176 IV  
WIS/ISD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. März 2021**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Isliker

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Januar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als selbstständiger ... tätig gewesen, meldete sich im Dezember 2012 unter Hinweis auf verschiedene Erkrankungen, darunter eine Koronare Herzkrankheit, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich holte sie ein psychiatrisch-kardiologisches Gutachten ein (Expertise vom 28. April 2014 [AB 39.1]) und veranlasste eine Abklärung für Selbstständigerwerbende (AB 49), und verneinte mit Verfügung vom 27. Januar 2015 (AB 51) bei einem Invaliditätsgrad von 10 % einen Rentenanspruch.

Mit Schreiben vom 8. Oktober 2017 (recte: 2018; AB 72/1) wurde der Versicherte durch die Sozialdienste der Stadt C.\_\_\_\_\_ erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Die IVB holte in der Folge medizinische Unterlagen, mehrere versicherungsmedizinische Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 100 f., 105) sowie einen vom 26. November 2019 datierenden Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (AB 106) ein. Gestützt darauf verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 101) – wie bereits am 5. Dezember 2019 vorbeschrieben (AB 107) – bei einem Invaliditätsgrad von 17 % einen Rentenanspruch.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 2. März 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung und anschliessend erneuten Verfügung über den Leistungsanspruch. Daneben stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 5. Mai 2020 machte der Beschwerdeführer weitere Angaben zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und reichte verschiedene Unterlagen ein.

Mit Verfügung vom 12. Mai 2020 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin bewilligt.

### **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) sowie Art. 34 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

## **2.**

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

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). 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). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweis-

wertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

**2.3** 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).

**2.3.1** 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).

**2.3.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.3.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts 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).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 8. Oktober 2017 (recte: 2018; AB 72/1) eingetreten und hat mit der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110) materiell über den Rentenanspruch befunden, womit die Eintretensfrage vom Gericht praxisgemäss nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E.2b S. 114).

**3.2** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.2.1** Im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2015 (AB 92) zur stationären psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers zwischen dem 19. Februar und dem 3. Juni 2015 wurden „kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“ (ICD-10 F61) diagnostiziert (AB 92/1). Beim Eintritt habe eine leichte Konzentrationsstörung bestanden und der Beschwerdeführer sei im formalen Denken inhaltlich mittelschwer auf das ihm verursachte subjektive Leid eingeeengt sowie leicht vorbeiredend gewesen. Es hätten zwanghafte Züge bestanden und der Beschwerdeführer habe wiederholt paranoid anmutende Aussagen, insbesondere betreffend die Ehefrau, gemacht. Ausser einer leichten Gereiztheit habe keine Störung der Affektivität bestanden. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen (vgl. AB 92/2). Im Rahmen der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung habe das psychosoziale Funktionsniveau des Beschwerdeführers deutlich angehoben werden können. Durch die erfolgten Behandlungsmassnahmen und die räumliche Distanz von der Ehefrau habe sich im Verlauf der Behandlung ein weitestgehend stabilisiertes psychisches Zustandsbild entwickelt. Die psychische Nachsorge organisiere der Beschwerdeführer selbstständig. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zwischen dem 19. Februar und dem 17. Juni 2015 attestiert (AB 92/4).

**3.2.2** Gemäss dem Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2016 (AB 103/2 ff.) zur am 19. Januar 2016 erfolgten Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit habe die Untersuchung gemessen an mehrheitlich alters- und bildungskorrigierten Normen leicht bis deutlich unterdurchschnittliche Leistungen bezüglich der Funktionsaspekte Verarbeitungsgeschwindigkeit, selektive sowie geteilte Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Handlungskontrolle, Antrieb, Arbeitsgedächtnis und Interferenzfestigkeit ergeben. Im Bereich der mnestischen Funktionen seien in der verbalen Modalität schwankende, grenzwertige Lern- und Abrufleistungen und visuell-räumlich eine unterdurchschnittliche Lernleistung objektiviert worden. In beiden Modalitäten seien die längerfristigen Speicherleistungen vergleichsweise unauffällig gewesen. Die Befunde stünden im Einklang mit den durch den Beschwerdeführer berichteten Fehlleistungen im Alltag. Sie gäben keine Hinweise auf primäre organische Ursachen oder eine dementielle Entwicklung. Die Befunde stellten Auffälligkeiten insbesondere in

aufmerksamkeitsabhängigen Leistungen dar, wie sie bei chronisch depressiven Patienten in psychosozial belastenden Situationen häufiger zu sehen seien. Klinisch imponierten der deutliche emotionale Leidenszustand (Kränkung, innerer Schmerz, Wut/Ärger, keine Lebensperspektive) und die ausgeprägte emotionale Destabilisierung. Dies wirke sich in der Regel wie auch im vorliegenden Fall auf den Antrieb und die Konzentrationsfähigkeit aus (AB 103/4).

**3.2.3** Im Bericht vom 26. Oktober 2016 (AB 72/35 f.) diagnostizierte Prakt. med. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, namentlich gestützt auf das MRI der HWS vom 26. Oktober 2016 (AB 72/37), ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom vom Typ C6/C7 linksseitig bei linksseitiger Unkofforaminalstenose HWK5/6 und HWK6/7. Der Beschwerdeführer erhalte eine Kortikoidstosstherapie.

Im Folgebericht vom 3. November 2016 (AB 72/34) hielt Prakt. med. D. \_\_\_\_\_ fest, nach der erfolgten Kortikoidstosstherapie sei es zu einer deutlichen Besserung der zervikoradikulären Schmerzen gekommen. Aufgrund des positiven Ansprechens bestehe kein dringender Handlungsbedarf für invasive Massnahmen.

**3.2.4** Im Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2018 (AB 102/2 f.) wurde eine Bursitis präpatellaris mit vorderem Knieschmerz bei muskulärer Dysbalance, Knie rechts mehr als links, diagnostiziert. Der klinische Befund zeige eine freie Kniegelenksbeweglichkeit beidseits, unauffällige Meniskuszeichen, stabile Seitenbänder, eine leicht verminderte Quadrizepsmuskulatur beidseits mit deutlich vermindertem Musculus vastus medialis sowie eine Verkürzung der Ischiocruralen Muskulatur, einen erhaltenen Gelenkspalt ohne wesentliche degenerative Veränderungen und insbesondere auch keine osteophytären Ausziehungen. Betreffend die festgestellte muskuläre Dysbalance wurde die Durchführung einer konservativen Therapie mit fixer Einnahme von Analgesie und Physiotherapie empfohlen.

Gemäss dem Folgebericht vom 25. Juli 2018 (AB 102/4 f.) habe sich – bei einem im Wesentlichen unveränderten Status des rechten Knies – unter der durchgeführten Physiotherapie keine Verbesserung der Beschwerden ergeben.

In einem weiteren Bericht vom 6. August 2018 (AB 102/6 f.) wurde wiederum eine unveränderte Beschwerdesituation beschrieben. Im MRI des rechten Knies vom 5. Juli 2018 fänden sich keine Meniskuläsion, ein intakter Kapselbandapparat, keine fortgeschrittenen Knorpelläsionen und eine allfällige dezente retropatelläre Degeneration.

**3.2.5** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, diagnostizierte im Bericht vom 29. Januar 2019 (AB 86/6) aufgrund der gleichentags erfolgten Harnwegsonographie eine Nephrolithiasis links und eine Nierenzyste rechts (Bosniak Typ I). Es bestehe beidseits keine Harnabflussstörung und die Prostata weise eine Parenchymverkalkung auf.

**3.2.6** Im Bericht vom 10. April 2019 (AB 86/4 f.) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, fest, die Re-Koronarographie vom 25. März 2019 habe ein gutes Resultat nach Stenting des Marginalastes, des Posterolateralastes und der distalen RIVA sowie PTCA/Stent des Diagonalastes gezeigt. Mit zweimal 10 mg Lisitril seien die Blutdruckwerte noch im hypertensiven Bereich; das in der Medikamentenliste aufgeführte zusätzliche Cansartan werde nicht eingenommen. Bei insbesondere diastolisch noch erhöhten Werten sei 10 mg Zanidip pro Tag hinzugegeben worden.

**3.2.7** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, hielt im Bericht vom 21. April 2019 (AB 86/2 f.) fest, es erfolge alle sechs bis acht Wochen eine hausärztliche Konsultation; eine Arbeitsunfähigkeit habe er bisher nicht attestiert. Es bestehe eine Vielzahl an Diagnosen, vor allem eine koronare Herzkrankheit und Depressivität. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht wiederhergestellt werden und die Eingliederungsprognose sei keinesfalls realistisch bzw. miserabel.

**3.2.8** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie und für Allergologie und klinische Immunologie, führte im Bericht vom 20. Juni 2018 (AB 72/11 f.) aus, die im April 2018 MR-tomographisch quasi zufällig entdeckte Pansinusitis scheine subjektiv weitgehend abgeheilt zu sein und auch objektiv fänden sich nur höchst diskrete Rhinitiszeichen. Die drei Tage dauernden Vertigoprobleme von April 2018 seien ebenfalls weitestgehend verschwunden. Differentialdiagnostisch sei an die zervikogene Pro-

blematik zu denken, wobei die multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren mit hineinspielen würden. Von weiteren Abklärungen sei bei gutem Befinden des Beschwerdeführers abgesehen worden.

**3.2.9** Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der Stellungnahme vom 18. Juli 2019 (AB 101) als somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 3-Ast-Erkrankung (ICD-10 I25.1) und ein aktenanamnestisches zervikoradikuläres Schmerzsyndrom vom Typ C6/7 links bei linksseitiger Unkoforaminalestenose C5/6 und C6/7 fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems, einen Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose Februar 2012), einen Status nach Pansinusitis (Schädel-MRI vom 23. April 2018), einen Status nach einmaliger dreitägiger Vertigoperiode (April 2018) sowie einen anamnestischen vorderen Knieschmerz bei muskulärer Dysbalance beidseits rechtsbetont auf (AB 101/8 f.).

Das im Oktober 2016 diagnostizierte zervikoradikuläre Schmerzsyndrom werde in den aktuellsten Berichten des behandelnden Hausarztes nicht weiter erwähnt, weshalb davon auszugehen sei, dass es aktuell nicht im Vordergrund stehe. Aufgrund der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS bestehe aber eine eingeschränkte Belastbarkeit der HWS für schwere körperliche und repetitiv mittelschwere Tätigkeiten. Das vormalige gutachterliche Zumutbarkeitsprofil von März 2014 (vgl. dazu AB 39.1/12 f. Ziff. 6) sei per Oktober 2016 wie folgt anzupassen: Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ganztags über achteinhalb Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der Halswirbelsäule (z.B. längeres Sitzen mit vorgeneigtem Kopf), stereotype Kopfbewegungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS (AB 101/10). Die im April 2018 über drei Tage dauernde Schwindelsymptomatik habe aus otorhino-laryngologischer Sicht keine Ursache, allerdings könnte sie – wie

auch vom Hausarzt angenommen – auf die zervikogene bzw. die kardio-vaskuläre Problematik oder die schwankenden Blutdruckwerte zurückgeführt werden. Mit Blick auf die bildgebenden Abklärungen vom 23. April 2018 (vgl. dazu AB 72/19) könne differentialdiagnostisch eine vaskuläre Enzephalopathie genannt werden. Bei fehlenden anderweitigen neurologischen Symptomen bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diesbezüglich noch keine Symptomatik und somit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Betreffend die seit Jahren bestehenden beidseitigen Knie-schmerzen habe keine manifeste Gonarthrose nachgewiesen werden können; entsprechend seien konservative Massnahmen (Analgesie, Dehnungsübungen und Physiotherapie) eingeleitet worden. Gemäss der aktuellen Medikamentenliste würden keine Schmerzmedikamente eingenommen respektive keine solche verschrieben, weshalb davon auszugehen sei, dass sich die Kniebeschwerden mittlerweile verbessert hätten und sich daher nicht weiter auf das formulierte Zumutbarkeitsprofil auswirken würden. In urologischer Hinsicht seien keine Harnabflussstörung und unauffällige Nieren dokumentiert worden. Die daneben bestehende Urolithiasis führe für sich alleine nicht zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit und die chronische Prostatitis sei 2017 antibiotisch behandelt worden – diesbezügliche Beschwerden würden nicht mehr beschrieben. In der kardiologischen Verlaufskontrolle von März 2019 (vgl. dazu AB 86/4 f.) sei eine normale linksventrikuläre Funktion mit einem LVEF von 62 % beschrieben worden und koronarangiographisch liege ein gutes Resultat vor, wobei eine Intervention im Diagonalast erforderlich gewesen sei. Unter der aktuellen antihypertensiven Therapie seien die Blutdruckwerte noch im hypertensiven Bereich, wobei ein verschriebenes Medikament nicht eingenommen werde. Die Therapie sei entsprechend angepasst worden. Im Juli 2018 sei augenärztlich bestätigt worden (vgl. dazu AB 72/6), dass zum besagten Zeitpunkt keine diabetische Retinopathie vorliege.

Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aufgrund des chronischen Zervikalsyndroms mit nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS mit entsprechenden foraminalen Stenosen in den unteren Segmenten das anlässlich der bidisziplinären Begutachtung von März 2014 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. dazu AB 39.1/12 f. Ziff. 6) entsprechend präzisiert und wie beschrieben angepasst werden müsse.

Aufgrund derselben Diagnose sei eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitsschadens seit der Verfügung vom 27. Januar 2015 (AB 51) ausgewiesen.

**3.2.10** In der Stellungnahme vom 18. Juli 2019 (AB 100) führte der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass die im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2015 gestellte Diagnose „kombinierte oder andere Persönlichkeitsstörungen“ (ICD-10 F61) weder anhand der Berichtangaben, namentlich des Psychostatus, des Behandlungsverlaufs und der Arbeitsfähigkeitseinschätzung, noch der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen gemäss ICD-10 auszumachen sei. Zudem sei im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. März 2014 (vgl. dazu AB 39.1/5 ff. Ziff. 3) keine Persönlichkeitsstörung beschrieben worden. In der Verlaufsdokumentation des behandelnden Hausarztes würden keine Angaben zu psychopathologischen Befunden gemacht. Gestützt auf die objektiven Befunde sei damit eine Veränderung bzw. Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht auszumachen (AB 100/4 f.).

**3.2.11** Der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ hielt in einer ergänzenden Stellungnahme vom 6. September 2019 (AB 105) – nach Eingang des Berichts des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2016 (AB 103/2-4) zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit – fest, aus RAD-psychiatrischer Sicht sei von einer (zumindest vorübergehenden) Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der am 19. Januar 2016 dokumentierten eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen. Das psychiatrisch-gutachterliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. dazu AB 39.1/8 Ziff. 3.5 und 13 Ziff. 6) sei daher insofern anzupassen, als eine 100%ige Arbeitsfähigkeit nur in Tätigkeiten ohne besondere kognitive Anforderungen gegeben sei (AB 105/8 ff.). Im Übrigen könnten aufgrund der Berichtangaben und nach den Kriterien gemäss ICD-10 weder eine depressive Episode noch eine chronische Depression ausgemacht werden. Im Verlaufsbericht vom 21. April 2019 (vgl. AB 86/3) erwähne der Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sodann lediglich eine „Depressivität“, mache jedoch keine Angaben zu psycho- oder neuropathologischen Befunden.

**3.2.12** Im Arztbericht vom 13. Dezember 2019 (AB 108) zeigte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ sein Unverständnis über den leistungsabweisenden Vorbescheid vom 5. Dezember 2019 (AB 107) und bezeichnete den ermittelten Invaliditätsgrad als unseriös. Der Beschwerdeführer leide an einer ganzen Reihe von „Dauerdiagnosen“, weshalb alle sechs bis zwölf Wochen Konsultationen stattfänden. Er, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, sei froh, sei der Beschwerdeführer zurzeit halbwegs stabil, da sonst entweder die Nierenbeschwerden, die Herzbeschwerden, die Beschwerden am Bewegungsapparat oder dann der Diabetes Mellitus im Vordergrund der klinisch-ärztlichen Bemühungen stehen würde. Neben diesen üblicherweise als „körperliche“ Krankheiten bezeichneten Diagnosen sei deren Basis auch die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers mit verschiedenen bedeutenden und traumatischen Ereignissen. Der entsprechende medizinische Ausdruck laute etwa „rezidivierende depressive Episode nach traumatisierenden Lebensphasen“. Der begutachtende Arzt möge sich doch ein realistisches Bild des Beschwerdeführers machen und zu einer realitätsorientierten, neu gefassten Entscheidung kommen. Als Hausarzt unterstütze er den Beschwerdeführer in der Abwehr des aktuellen Vorbescheids.

**3.3** 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt

und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

### **3.4**

**3.4.1** In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110) im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen der RAD-Ärzte Dres. med. J. \_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2019 (AB 101) und K. \_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2019 (AB 100) bzw. 6. September 2019 (AB 105). Diese erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsinternen medizinischen Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.3 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Die Beurteilungen erfassen den gesamten massgebenden Sachverhalt, namentlich die verschiedenen im Betrachtungszeitraum erfolgten somatischen Abklärungen und therapeutischen Interventionen (vgl. AB 72/2 ff. und 86; dazu AB 101) und stützen sich auf einen lückenlosen fachärztlichen Untersuchungsbefund, welcher ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und den aktuellen Gesundheitszustand erlaubt, sodass sich die besagten RAD-Ärzte ein zuverlässiges Bild der medizinischen Situation des Beschwerdeführers und deren Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit machen konnten. Unter diesen Umständen durften sie auf eine eigene persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers verzichten. Ebenso erübrigt sich angesichts der vorliegend beweiskräftigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Bezug eines versicherungsexternen Gutachtens (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

**3.4.2** Aus diesen versicherungsmedizinischen Beurteilungen des RAD geht hervor, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 2.3.2 hier vor) zwischen der leistungsablehnenden Verfügung vom 27. Januar 2015 (AB 51) und der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110) eine allfällig anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. E. 2.3.1 hier vor), dies namentlich aufgrund der zumindest vorübergehenden Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Januar 2016 (vgl. AB 105/9 und 103/2 ff.) sowie des zervikoradikulären Schmerzsyndroms vom Typ C6/7 links bei linksseitiger Unkoforaminalstenose C5/6 und C6/7 (vgl. AB 101/9 Ziff. 2 und 12 Ziff. 1). Dies ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten. Der Rentenanspruch ist daher in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.3.3 hier vor).

**3.4.3** In psychiatrischer Hinsicht legte der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 6. September 2019 (AB 105) einlässlich und überzeugend begründet dar, dass gestützt auf die testpsychologische und verhaltensneurologische Beurteilung des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2016 (vgl. dazu AB 103/2-4) – zumindest vorübergehend – eine dahingehende Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit besteht, als das Zumutbarkeitsprofil in einer angepassten Tätigkeit keine besonderen kognitiven Anforderungen und möglichst wenig interpersonelle Kontakte umfasst (vgl. AB 105/11). Weiter zeigte er überzeugend begründet auf, dass sich weder gestützt auf den vorgenannten Abklärungsbericht noch die objektiven Befunde im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2015 (AB 92) noch die fachfremden Angaben des behandelnden Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 86/2 f.) eine anspruchsrelevante psychische Störung mit Krankheitswert, insbesondere eine Persönlichkeitsstörung oder eine affektive Störung aus dem depressiven Formenkreis, nach den diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 herleiten lasse. Eine derartige fachärztlich einwandfreie Herleitung einer psychischen Diagnose auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems bildet indessen unabdingbare Voraussetzung für die Anerkennung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1 S. 285, 130 V 396 E. 5.3 S. 398; vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversiche-

rungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 28a N. 226). Die Diagnostik der Klinik D. \_\_\_\_\_ erfüllt diese Ansprüche nicht und entbehrt zudem einer nachvollziehbaren Plausibilisierung der beklagten Beschwerden (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296), obschon der erhobene Psychostatus – abgesehen von invalidenversicherungsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. dazu: BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) wie der Familien- und strafrechtlichen Situation des Beschwerdeführers – weitgehend unauffällig ausfiel (vgl. AB 92/2). Angesichts der ferner beschriebenen weitestgehenden Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes durch die therapeutischen Massnahmen (trotz sehr eingeschränktem therapeutischen Zugang) und insbesondere die räumliche Distanz zur Ehefrau (vgl. AB 92/4) orientierten sich die Behandler offenbar an dem für die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebenden sog. „bio-psychosozialen“ Krankheitsmodell (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f., 127 V 294 E. 5a S. 299). Der Austrittsbericht vom 16. Juni 2015 (AB 92) ist demzufolge gemäss dem überzeugenden Dafürhalten des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_, im Unterschied zum lediglich ein Jahr zuvor erstatteten psychiatrischen Vorgutachten vom 24. März 2014 (AB 39.1/5 ff. Ziff. 3), nicht geeignet, den Bestand einer Persönlichkeitsstörung zu belegen. Hinzu kommt, dass zwischen dem Abschluss der stationären Behandlung am 3. Juni 2015 (AB 92/1) und der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110), mithin während rund viereinhalb Jahren, keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ausgewiesen ist, was ebenfalls gegen das Vorliegen eines relevanten psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit spricht. Unter diesen Umständen kann von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (vgl. E. 2.2 hiervor).

Sodann vermögen die – namentlich in psychiatrischer Hinsicht fachfremden – Ausführungen des behandelnden Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (vgl. zur beweisrechtlichen Bedeutung der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung der Hausärzte BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3) in den Arztberichten vom 21. April 2018 (AB 86/2 f.) respektive vom 13. Dezember 2019 (AB 108) keine auch nur geringen Zweifel an der RAD-ärztlichen Einschätzung zu wecken. Die von ihm pau-

schal angenommene dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (vgl. AB 86/3 ad 2.7) wurde weder näher begründet noch durch entsprechende fachärztliche Befunde objektiviert. Ebenso findet die von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ festgehaltene „Depressivität“ (AB 3 ad 2.5) bzw. beispielhaft aufgeführten „rezidivierenden depressiven Episoden nach traumatisierenden Lebensphasen“ keinen Rückhalt in den medizinischen Akten (vgl. auch AB 105/8 unten). Weiter brachte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (ohne entsprechende Bevollmächtigung des Beschwerdeführers) im „Patientenbericht“ vom 13. Dezember 2019 (AB 108) verschiedene Einwände und Kritik gegen den leistungsabweisenden Vorbescheid vom 5. Dezember 2019 (AB 107) vor und hielt explizit in Fettdruck fest „Als Hausarzt unterstützte ich den Pat[ienten] in der Abwehr des aktuellen Bescheids“ (AB 108/2), was belegt, dass er sich mit den Interessen des Beschwerdeführers weit über das Mass hinaus identifiziert, das von einem behandelnden Arzt oder Therapeuten zu erwarten wäre. Dieser sinngemässe Einwand des Hausarztes zeigt illustrativ auf, dass ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandelnden Therapeuten zum Parteivertreter stattgefunden hat, weshalb den Ausführungen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zukommt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Dezember 2019, 8C\_695/2019, E. 4.3 mit Hinweis). Die abweichenden Einschätzungen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sind damit insgesamt nicht geeignet, die umfassende und überzeugende RAD-ärztliche medizinische Beurteilung in Zweifel zu ziehen.

**3.4.4** In somatischer Hinsicht formulierte der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in einlässlicher Auseinandersetzung mit den echtzeitlichen fachärztlichen Abklärungen (vgl. insbesondere AB 72/35 ff.) das nunmehr gültige Zumutbarkeitsprofil, welches der reduzierten Belastbarkeit der HWS angemessen Rechnung trägt. Hinsichtlich der weiteren somatischen Diagnosen, insbesondere der Schwindelsymptomatik, der beidseitigen Knie-schmerzen, des Urogenital- bzw. Nierenstatus sowie der stabilen kardiologischen Situation, legte der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sodann dar, dass diesbezüglich nach Lage der medizinischen Akten keine anderweitige oder zusätzliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit resultiert (vgl. AB 101/10-12). Dies überzeugt und es ergeben sich aus den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte, die an der RAD-ärztlichen Ein-

schätzung der somatisch zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit Zweifel wecken würden.

**3.5** Zusammenfassend bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Vollständigkeit der versicherungsinternen RAD-Aktenbeurteilungen vom 18. Juli 2019 (AB 100 f.) und vom 6. September 2019 (AB 105), weshalb auf die entsprechenden Schlussfolgerungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer war medizinisch-theoretisch seit Ende Oktober 2016 in einer dem somatischen Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit ohne besondere kognitive Anforderungen und mit möglichst wenig interpersonellen Kontakten vollschichtig und ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen, mithin zu 100 % arbeitsfähig (AB 105/11). Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten, sodass die Beschwerdegegnerin darauf verzichten durfte. Dies verstösst nicht gegen den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) und auch nicht gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung [BV; SR 101]) und das Gebot eines fairen Verfahrens (Art. 9 BV i.V.m. Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK; SR 0.101]; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

#### **4.**

**4.1** 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). Die Neuanmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 8. Oktober 2017 (recte: 2018; AB 72/1), womit angesichts des erfüllten Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) der frühestmögliche Rentenbeginn gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im April 2019 liegt. Auf diesen Zeitpunkt hin hat folglich der Einkommensvergleich zu stattzufinden.

**4.2** In der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110) ermittelte die Beschwerdegegnerin per 1. April 2019 in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs einen rentenausschliessenden (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad von 17 %. In diesem Zusammenhang verwies sie auf den Abklärungsbericht Haushalt (recte: für Selbstständigerwerbende) vom 26. November 2019 (AB 106), den sie zum integrierenden Bestandteil der angefochtenen Verfügung erklärte (AB 110/1). Darin stellte die Abklärungsperson – gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er im hypothetischen Gesundheitsfall eine Anstellung zu 100 % als ... suchen und nicht nochmals ein Geschäft in der Umgebung von ... aufbauen würde (AB 106/6 Ziff. 10) – für das Valideneinkommen zutreffend auf den indexierten sowie an die wöchentlichen Normalarbeitszeit angepassten lohnstatischen Tabellenlohn im Bauhauptgewerbe gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) ab. Für das Invalideneinkommen zog sie infolge fehlender Verwertung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit den diesfalls praxisgemäss anwendbaren Totalwert der allgemeinen LSE-Tabelle TA1 für Männer (Entscheidung des BGer vom 15. Juli 2020, 8C\_111/2020, E. 7.3.1) im Kompetenzniveau 1 heran. Zusätzlich berücksichtigte sie beim Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) von 15 % aufgrund der gesundheitsbedingten Einschränkung der möglichen Tätigkeitsbereiche auf leichte Tätigkeiten mit wenig Kontakten (vgl. AB 106/6 f. Ziff. 10). Ob die Vornahme eines Abzugs vom Tabellenlohn zu Recht erfolgte, kann insoweit offengelassen werden, als selbst bei einem maximal möglichen Abzug von 25 % kein Rentenanspruch resultieren würde. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden, gibt zu keinen Weiterungen Anlass und wird denn auch zu Recht nicht gerügt.

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die mit Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 110) erfolgte Verneinung eines Rentenanspruchs nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## 6.

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der mit Verfügung vom 12. Mai 2020 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

**6.3** 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 Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m.

Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Der mit Kostennote vom 5. Mai 2020 geltend gemachte Zeitaufwand von 9.5 Stunden ist angemessen. Der tarifmässige Parteikostenersatz ist in diesem Verfahren auf Fr. 2'821.65 (Fr. 270.-- x 9.5 Stunden, zuzüglich Auslagen von Fr. 54.90 und MWSt. von Fr. 201.75) festzusetzen. Das Honorar der amtlichen Anwältin ist auf Fr. 1'900.-- (Fr. 200.-- x 9.5 Stunden), zuzüglich Auslagen von Fr. 54.90 und MWSt. von Fr. 150.50 (7.7 % auf Fr. 1'954.90), total mithin Fr. 2'105.40, festzulegen und nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'821.65 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'105.40 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin 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.