

200 20 185 IV
FUE/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. September 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Advokat B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. März 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ausgebildeter ..., von 1. Juni 2015 bis 31. Mai 2018 als ... im C._____ erwerbstätig, meldete sich im April 2018 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, [act. II] 6, 9 ff.). Die IVB veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (internistisch-neurologisch-psychiatrisch-orthopädische) Begutachtung durch die L._____ GmbH (MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019; act. II 56.1-56.6, 58). Nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 68 S. 2 f., 70 S. 2 f., 71 S. 2, 77 S. 8) veranlasste die IVB eine weitere polydisziplinäre Begutachtung durch das D._____ (MEDAS-Gutachten vom 27. Januar 2020 [act. II 97.1], allgemeininternistisches Teilgutachten [act. II 97.3], psychiatrisches Teilgutachten [act. II 97.4], orthopädisches Teilgutachten [act. II 97.5], neurologisches Teilgutachten [act. II 97.6]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 99, 100) und einer Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 27. Februar 2020 (act. II 103) verneinte die IVB mit Verfügung vom 2. März 2020 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Invaliditätsgrad von 4 %; act. II 104).

B.

Am 4. März 2020 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und machte sinngemäss geltend, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen.

Am 17. März 2020 ersuchte der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B._____, um Gewährung einer Frist zur Ergänzung der Beschwerde und um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlichen Anwalt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. März 2020 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung einer Frist zur Ergänzung der Beschwerde ab.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 3. Juli 2020 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen ein.

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 der IVB vom 2. März 2020 (act. II 104). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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.

2.3 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).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist zum medizinischen Sachverhalt im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 19. April 2018 diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurochirurgie, ein persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom C7 rechts. Am 16. April 2018 sei eine ACIF-Revision mit Entfernung der ACIS-Cages, ausgedehnter mikrochirurgischer Dekompression C6/7 und C5/6 beidseits und Implantation von Zero-P-Cages auf beiden Höhen durchgeführt worden. Der Eingriff sei komplikationslos erfolgt. Intraoperativ habe eine schöne ACIF-Revision mit ausgedehnter Dekompressi-

on erreicht werden können. Der postoperative Frühverlauf sei ausgesprochen erfreulich gewesen. Der Patient habe über eine fast komplette Regredienz der neuropathischen Schmerzen im rechten Arm berichten können und sei problemlos mobil geworden (act. II 25 S. 9).

3.1.2 Im MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 (act. II 56.1) rapportierte der fallführende Gutachter Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, es sei nicht gelungen, in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen und die Indikation zur weiteren Abklärung und Behandlung einen Konsens zwischen den Gutachtern zu finden. Die zusammenfassende Beurteilung stelle also nicht die auf einen Nenner gebrachte Schlussbeurteilung dar, sondern müsse sich darauf beschränken, die Beurteilung der einzelnen Gutachter in Bezug auf die Fragestellung wiederzugeben. Als Erklärung müsse die allgemeine Schwierigkeit bei der Einordnung von Schmerzstörungen hinhalten. Beim Exploranden komme dazu, dass die strukturellen Befunde sowie die neurologischen Untersuchungsergebnisse das Ausmass der Beschwerden und der wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung nicht zu erklären vermöchten. Die Gewichtung dieses Umstandes habe bei den verschiedenen Gutachtern zu unterschiedlichen, nicht in einen Konsens mündenden Beurteilungen geführt. Von diesem Ausgangspunkt sei es nicht möglich, das weitere Vorgehen in Bezug auf Diagnostik und Behandlung sowie in Bezug auf eine mögliche funktionelle Verbesserung auf einen Punkt zu bringen. Die zusammenfassende Beurteilung stamme aus der Feder des Gutachtensredaktors und sei ausschliesslich von ihm unterschrieben. Bei Unklarheiten müsse also auf die einzelnen Gutachtensdokumente verwiesen werden (act. II 56.1 S. 3 f.). Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, in der bisherigen Tätigkeit als ... hätten alle Gutachter übereinstimmend keine Restarbeitsfähigkeit mehr gesehen (act. II 56.1 S. 6 Ziff. 4.7). Für eine angepasste Tätigkeit werde übereinstimmend von einem erhöhten Erholungsbedarf im Rahmen eines halben Arbeitstages, also von 50 % ausgegangen (act. II 56.1 S. 6 Ziff. 4.8).

3.1.3 In den Stellungnahmen zum MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 und zu den Teilgutachten (act. II 56.1-56.5, 58) äusserte sich der RAD wie folgt:

Am 18. Juli 2019 führte Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, das orthopädische Teilgutachten genüge formell den Anforderungen an Gutachten nicht, halte sich der Gutachter nicht auch nur ungefähr an die gültige Gutachtengliederung (act. II 68 S. 2). Auch inhaltlich erfülle das Gutachten die Anforderungen in keiner Weise. Zwar sei der Gutachter von einer erheblichen Funktionseinschränkung der rechten Schulter ausgegangen, doch habe er keine entsprechende Diagnose gestellt. Auch ein Beckentiefstand rechts von „circa“ erheblichen 4 cm finde sich in den Diagnosen nicht wieder und die hieraus resultierenden funktionellen Einschränkungen seien nicht diskutiert worden. Es fehle auch die Aktenzusammenfassung und die Diskussion der Aktenlage. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde nicht annähernd überzeugend begründet (AB 68 S. 3).

Am 29. Juli 2019 hielt Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, fest, im psychiatrischen Teilgutachten finde sich nur eine kurze Darstellung des Tagesablaufes, aus dem nicht deutlich werde, inwiefern der Explorand hinsichtlich der Alltagsaktivitäten beeinträchtigt sei. Es fänden sich zudem keine Angaben zu Hobbys und sozialen Kontakten. Zudem lägen keine aussagefähigen Verhaltensbeobachtungen vor, was hinsichtlich der im Vordergrund stehenden Schmerzen des Exploranden wichtig sei, da so nicht eingeschätzt werden könne, ob ein schmerzbedingtes Vermeidungsverhalten oder aktive Bewegungsausgleiche vorlägen. Auch der psychopathologische Befund sei nur gering differenziert. Nicht ableitbar sei aus dem vorgelegten psychopathologischen Befund, dass eine mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik vorliegen solle. Zudem werde nicht diskutiert, inwiefern diese rezidivierend sein solle, sodass die Vergabe der Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) nicht nachvollziehbar sei. Auch werde nicht differenziert der Ausschluss einer möglichen Persönlichkeitsstörung diskutiert (act. II 70 S. 2). Es finde sich keine differenzialdiagnostische Auseinandersetzung mit dem möglichen Vorliegen einer Schmerzerkrankung nach dem Kapitel F der ICD-10. Die Diskussion zur Konsistenz und Plausibilität werde ebenfalls wenig differenziert geführt, sodass nicht nachvollziehbar sei, ob gegebenenfalls negative Antwortverzerrungen beim Exploranden vorlägen. Die Beurteilung der kognitiven Beeinträchtigungen sei aus dem

psychopathologischen Befund wenig nachvollziehbar. Zudem würden Fähigkeitsbeeinträchtigungen nach Mini-ICF nicht deskriptiv untermauert. Aus diesem Grunde seien diese ebenfalls nicht nachvollziehbar. In der Gesamteinschätzung könne daher auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sowohl hinsichtlich der angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit nicht nachvollzogen werden. Zudem sei in der polydisziplinären Zusammenfassung nun die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) erwähnt worden, was im psychiatrischen Gutachten nicht diskutiert worden sei. Andererseits sei die im psychiatrischen Teilgutachten festgestellte rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), in der gutachterlichen Zusammenfassung nicht erwähnt worden (act. II 70 S. 3).

Am 12. August 2019 berichtete Dr. med. J. _____, Fachärztin für Neurologie, die Erhebung der Anamnese im neurologischen Teilgutachten sei ungewöhnlich knapp. Es fänden sich in der Untersuchung deutliche Zeichen für Selbstlimitierung wie sich auch in der kurzen Anamnese eine deutliche Katastrophisierung abzeichne (act. II 71 S. 2). Der Schluss auf eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde nicht ausreichend begründet und sei nicht nachvollziehbar. Es sei nicht ganz klar, welche Diagnosen vorlägen (act. II 71 S. 3).

Dr. med. E. _____ legte in der Stellungnahme vom 11. September 2019 zusammenfassend dar, den fachärztlichen RAD-Stellungnahmen könne entnommen werden, dass sowohl das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 als auch die Teilgutachten weder schlüssig noch nachvollziehbar seien und den Leitlinien bezüglich der fachspezifischen Begutachtung nicht entsprächen (act. II 77 S. 8).

3.1.4 Im Bericht vom 1. Oktober 2019 konstatierte Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, die elektroneurographischen Befunde nach einer Untersuchung vom 30. September 2019 belegten eine mässiggradige Schädigung des N. medianus links im Gebiet des Carpaltunnels. Die vor allem nachts auftretenden sensiblen Missempfindungen an den Fingern II-IV könnten hiermit erklärt werden. Die brennenden Schmerzen im Gebiet der Fingergrundgelenke und die rezidivierenden Schwellungen des

Handrückens könnten dagegen mit dieser Nervenkompression nicht befriedigend gedeutet werden (act. II 100 S. 9).

3.1.5 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 27. Januar 2020 (act. II 97.1) diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 97.1 S. 9):

1. HWS-Syndrom und chronische Nacken-, Schulter-, Arm-, Handbeschwerden unter Betonung der dominanten rechten Seite (ICD-10 M53.1 [M54.2/M79.60/Z98.8])
 - anamnestisch Status nach Verletzung im Bereich von Nacken und rechter oberer Extremität am 28. August 2017
 - Status nach mikrochirurgischer Dekompression HWK5/6/7 mit beidseitiger Unkofforaminotomie, Diskektomie und interkorporeller Spondylodese HWK5/6/7 mit Cage am 31. Oktober 2017 bei zeitweise hyperalgischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom C6 mehr links und C7 mehr rechts bei Diskushernie HWK5/6/7 mit deutlicher Neurokompression auf beiden Niveaus
 - Status nach Entfernung der Cages HWK5/6/7, dorsaler Spondylophytektomie, beidseitiger Foraminotomie auf beiden Höhen und Dekompression der Nervenwurzeln C6 beidseits und C7 beidseits sowie intervertebraler Fusion mittels je eines mit DBX Putty demineralized Bonematrix gefüllten Zero-P PEEK Cages am 16. April 2018 bei persistierendem Schmerzsyndrom C7 rechts
 - radiologisch regelrechter Befund (MRI 6. Juni 2019)
 - klinisch kein objektivierbarer Hinweis für längerdauernde Schonung der rechten oberen Extremität
 - kein Anhalt für eine aktuelle radikuläre oder medulläre Beteiligung
2. Anamnestisch obstruktives Schlafapnoesyndrom, ED Oktober 2019 (ICD-10 G47.3)
 - Maskenunverträglichkeit

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (act. II 97.1 S. 9):

1. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)
 - funktionelle Störung rechter Arm (ICD-10 R29.8)
2. Metabolisches Syndrom
 - Adipositas (ICD-10 E66.9)
 - o BMI 33.8 kg/m² (Grösse 180 cm, Gewicht 107.2 kg)
 - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

Die Experten legten dar, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe aufgrund chronischer Nacken-, Schulter-, Arm-, Handbeschwerden und unter Betonung der dominanten rechten Seite in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der ... wie auch in anderen körperlichen wiederholt mittelschweren und schweren Verrichtungen eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten bis selten mittelschweren, adaptierten Tätigkeit unter Wechselbelastung eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg wie auch der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus solle vermieden werden. Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund

eines HWS-Syndroms mit aktuell fehlenden Hinweisen auf eine radikuläre oder medulläre Beteiligung eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und rückenbelastende Tätigkeiten. Körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Armbelastung seien dem Exploranden ohne Einschränkungen vollschichtig zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen festgestellt werden, welche zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer adaptierten Verweistätigkeit führe. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer adaptierten Verweistätigkeit eine Leistungsfähigkeit von 90 %, aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei noch unbehandeltem obstruktivem Schlafapnoesyndrom. Es sollten fremdgefährdende Tätigkeiten, Schichtarbeit, wie auch das berufsbedingte Führen von Fahrzeugen dem Exploranden nicht zugemutet werden (act. II 97.1 S. 10 Ziff. 4.3). Zur Konsistenz führten die Gutachter aus, aus Sicht des Bewegungsapparates liessen sich die geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht klar begründen. Die Umfangsmessung der oberen Extremitäten sei mit der angegebenen Schonung der rechten Seite in keiner Weise vereinbar. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten nicht nachvollzogen werden. Aus neurologischer Sicht seien die Beschwerden nur zu einem sehr kleinen Teil plausibel. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich Inkonsistenzen und die Angaben des Exploranden seien oft nicht plausibel gewesen. Unter Abwägung der dargestellten Aspekte müsse von Aggravation ausgegangen werden. Aus allgemeininternistischer Sicht hätten sich gewisse Inkonsistenzen bei der Untersuchungssituation gefunden. Die Angaben des Exploranden, die Medikamente wie Irfen, Duloxetin, Pregabalin und Novalgin regelmässig einzunehmen, hätten mittels Medikamentenspiegel nicht bestätigt werden können. Die im Alltag erwähnten signifikanten Einschränkungen seien aus allgemeininternistischer Sicht nicht hinreichend begründbar. Die erwähnte Müdigkeit könne dagegen mindestens partiell auf das noch unbehandelte obstruktive Schlafapnoesyndrom zurückgeführt werden (act. II 97.1 S. 11 Ziff. 4.5).

Aus polydisziplinärer Sicht hielten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit fest, die Arbeit in der ... und in einer anderen körperlich wiederholt mittelschweren und schweren Verrichtung sei dem Exploranden

seit Oktober 2017 nicht mehr zumutbar (act. II 97.1 S. 11 Ziff. 4.6). In einer körperlich leichten, adaptierten Verweistätigkeit unter Wechselbelastung – ohne häufig wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie ohne wiederholten Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau, ohne selbst- und fremdgefährdenden Tätigkeiten, ohne Schichtarbeiten, ohne berufsbedingtes Führen von Fahrzeugen – sei der Explorand bei noch unbehandeltem obstruktiven Schlafapnoesyndrom zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag arbeitsfähig, mit einer Einschränkung von 10 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Diese Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % gelte seit Oktober 2018; davor bestand auch für Verweistätigkeiten ab Oktober 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 97.1 S. 12 Ziff. 4.7, 4.8).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 27. Februar 2020 führte der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ zu den Einwänden des Beschwerdeführers aus, dem neurologischen Bericht von Dr. med. K. _____ vom 1. Oktober 2019, der den Gutachtern nicht vorgelegen habe, könne entnommen werden, dass ein leichtes, elektroneurografisch bestätigtes Karpaltunnelsyndrom links vorliege, wobei entsprechende konservative Massnahmen empfohlen worden seien. Dieses aktuell leichtgradige Karpaltunnelsyndrom links sei behandelbar, als Ultima Ratio mit einem operativen Karpaltunnel-Release. Da das Operationsrisiko diesbezüglich als recht gering einzuschätzen sei, sei dieser Eingriff dem Exploranden aus medizinischer Sicht zumutbar, weshalb sich diesbezüglich keine Einschränkungen mit längerdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ergäben. Bezüglich des schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei bereits im polydisziplinären Gutachten vom 27. Januar 2020 darauf hingewiesen worden, dass die vorgeschlagene CPAP-Therapie nicht angewendet werde, da eine Maskenunverträglichkeit bestehe. Aus pneumologischer Sicht werde auch eine Gewichtsreduktion als sinnvolle Alternative betrachtet. Zudem habe der Explorand anlässlich der polydisziplinären Begutachtung zu Protokoll gegeben, während des Tages viel zu liegen und am Abend nicht einschlafen zu können, was auf eine mangelnde Schlafhygiene hinweise. Im Rahmen der Begutachtung seien das schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom und die nicht bestehende, jedoch mögliche CPAP-Therapie berücksichtigt worden, weshalb dem Exploranden aus allgemeininternistischer Sicht im

Rahmen einer angepassten Tätigkeit eine zusätzliche Leistungsminderung von 10 % zugestanden worden sei. Aus Sicht des RAD könnten dem aktuellen pneumologischen Bericht vom 18. Dezember 2019 keine Einschränkungen respektive Befunde entnommen werden, welche eine höhere Leistungsminderung als die bereits zugestandenen 10 % rechtfertigten (act. II 103 S. 4 f.).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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).

3.3 Das MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 und die einzelnen Teilgutachten (act. II 56.1-56.5, 58) erfüllen die Anforderungen an einen beweiskräftigen ärztlichen Bericht offensichtlich nicht (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Einerseits gab der fallführende Gutachter Dr. med. G. _____ selber an, es liege keine einheitliche von allen unterschriebene Schlussbeurteilung vor, da in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen und die Indikation zur

weiteren Abklärung sowie Behandlung sich zwischen den Gutachtern kein Konsens habe finden lassen. Als Erklärung für die Uneinheitlichkeit führte Dr. med. G. _____ die Einordnung von Schmerzstörungen und die strukturellen Befunde sowie die neurologischen Untersuchungsergebnisse beim Beschwerdeführer, welche das Ausmass der Beschwerden und der wesentlichen Funktionsbeeinträchtigung nicht zu erklären vermöchten, an (act. II 56.1 S. 3 f.). Andererseits hielten die RAD-Fachärzte in den Stellungnahmen vom 18. Juli 2019 (act. II 68 S. 2 f.), 29. Juli 2019 (AB 70 S. 2 f.) und 12. August 2019 (AB 71 S. 2 f.) zutreffend fest, dass das Haupt- und die Teilgutachten nicht miteinander übereinstimmten. Ferner überzeugt ihre Beurteilung, wonach sich Differenzen auf diagnostischer Ebene (vgl. act. II 70 S. 3, 71 S. 3) finden und die einzelnen Teilgutachten mit gravierenden formellen (vgl. act. II 68 S. 3) und inhaltlichen Mängeln behaftet sind (unzureichende Befunderhebung aus psychiatrischer Sicht bezüglich des Tagesablaufs, der Alltagsaktivitäten, der Freizeitbeschäftigung und der sozialen Kontakte [act. II 70 S. 2], fehlende Diskussion der Aktenlage [act. II 68 S. 3], ungenügende Herleitung der Diagnosen bzw. fehlende Diskussion zu Differentialdiagnosen [vgl. act. II 70 S. 2 f.] und unzureichende Begründung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit [act. II 68 S. 3, 70 S. 3, 71 S. 3]). Es kann somit nicht auf das MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 bzw. die einzelnen Teilgutachten (act. II 56.1-56.5, 58) abgestellt werden, und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht eine weitere Begutachtung veranlasst.

3.4 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. Januar 2020 (act. II 97.1-97.6) erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Basierend darauf haben die Gutachter die medizinischen Befunde, die zu stellenden Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt. Mithin kann auf die voll beweiskräftige Expertise abgestellt werden (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Aufgrund des MEDAS-Gutachtens ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer und neurologischer Sicht seit Oktober 2017 (act. II 97.1 S. 11 Ziff. 4.6.4) die angestammte Tätigkeit als ... gänzlich unzumutbar ist wie auch jede körperlich wiederholt mittelschwe-

re und schwere Tätigkeit (act. II 97.1 S. 10 Ziff. 4.3). Hingegen ist ihm aus orthopädischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit (leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit, wechselbelastend) vollschichtig und ohne Leistungsmin-derung zumutbar. Aus neurologischer Sicht ist eine leichte bis mittelschwe- re Tätigkeit ohne Armbelastung vollschichtig zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht besteht weder für die angestammte noch eine Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht be- steht in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Leis- tungsfähigkeit von 90 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei noch unbehandeltem obstruktivem Schlafapnoesyndrom (act. II 97.1 S. 10 Ziff. 4.3). Soweit im allgemeininternistischen Teilgutachten in der Zusammen- fassung der gesundheitlichen und beruflichen Entwicklung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (act. II 97.3 S. 8 Ziff. 7.1) genannt wurde, stellt dies offenkundig einen Verschied dar, denn im gleichen Teilgutach- ten gab der Experte in Beantwortung der Fragen nach der Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehrfach eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs an (act. II 97.3 S. 9 Ziff. 8.1.2 und S. 10 Ziff. 8.1.3, 8.2.3 und 8.2.4), was auch im Einklang steht mit der polydisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 97.1 S. 12 Ziff. 4.8). Ferner legten die Gutachter nachvollziehbar und schlüssig dar, dass zahlreiche Inkonsistenzen bis hin zu Aggravation feststellbar waren sowie dass die geklagten Beschwerden, insbesondere in Bezug auf die rechte obere Ex- tremität, nicht oder nicht hinreichend durch die klinischen Befunde begrün- det werden konnten (act. II 97.1 S. 11 Ziff. 4.5).

Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ hat am 27. Februar 2020 (act. II 103) zu den vorbescheidweise aufgelegten ärztlichen Berichte überzeugend Stellung genommen und aufgezeigt, dass sich hierdurch am gutachterlich erstellten Zumutbarkeitsprofil nichts ändert; u.a. ist das gemäss dem – im Rahmen der Anhörungen eingereichten – neurologischen Bericht vom 1. Oktober 2019 (act. II 100 S. 9) bestehende leichtgradige Karpaltunnelsyn- drom behandelbar (act. II 103 S. 4). Wie der RAD nochmals nachvollzieh- bar dargelegt hat (act. II 103 S. 5), hat das im Bericht vom 18. Dezember 2019 diagnostizierte schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom einerseits ein noch nicht ausgeschöpftes Therapiepotential, andererseits ist es im Rahmen der allgemeininternistischen Begutachtung berücksichtigt worden;

dem Beschwerdeführer wurde denn auch im Rahmen einer angepassten Tätigkeit eine Leistungsminderung von 10 % wegen erhöhtem Pausenbedarfs zugestanden (vgl. act. II 97.1 S. 12 Ziff. 4.7.3, 97.3 S. 9 Ziff. 8.1.2).

Was der Beschwerdeführer gegen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. Januar 2020 (act. II 97.1) ins Feld führt, dringt nicht durch. Soweit er auf die Divergenzen bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 sowie den Teilgutachten (act. II 56.1-56.5, 58) hinweist und geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe nicht dargelegt, weshalb sie von der Beurteilung gemäss MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 abweiche (Stellungnahme vom 3. Juli 2020, S. 8), ist sein Einwand unbegründet. Das MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2019 ist – wie bereits dargelegt (E. 3.3 hiavor) – mit mehreren schwerwiegenden Mängeln behaftet und damit nicht beweiskräftig. Die Fachärzte der MEDAS haben im Übrigen nachvollziehbar begründet und einleuchtend dargelegt, weshalb die Einschätzungen der Vorgutachter nicht überzeugen. Exemplarisch zu erwähnen sind die Ausführungen des orthopädischen Experten, der bemerkte, es erstaune, dass der auch den Facharzttitel eines Handchirurgen führende Vorgutachter trotz der untrüglichen Hinweise für das Fehlen einer längerdauernden Schonung der Extremität (bestehende palmare Beschwielung sowie Gebrauchsspuren) genau diese postuliere (vgl. act. II 97.5 S. 10 f.). Mithin wurden die scheinbaren Widersprüche zwischen den Einschätzungen der Experten der MEDAS und den Vorgutachtern schlüssig aufgelöst.

3.5 Nach dem Dargelegten ist der Beschwerdeführer seit Oktober 2018 in einer angepassten Verweistätigkeit vollschichtig arbeitsfähig mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 %. Ausgehend von dieser Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Frühestmöglicher hypothetischer Rentenbeginn ist nach Ablauf des Wartejahrs (Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... ab Oktober 2017 [act. II 97.1 S. 11 Ziff. 4.6.4]; Art. 28 Abs. 1 lit. b

IVG) und der sechsmonatigen Wartezeit nach der Geltendmachung des Anspruchs (April 2018 [act. II 6]; Art. 29 Abs. 1 IVG) Oktober 2018.

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.2).

4.2.3 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens in der letzten Tätigkeit als ... stellte die Beschwerdegegnerin auf den Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2016 ab (act. II 104 S. 1). Dieses Vorgehen ist mit Blick auf das tiefe effektiv erzielte Einkommen (Fr. 4'422.-- [act. II 6 S. 6] x 12 = Fr. 53'064.--; vgl. auch act. II 1 S. 2) und die Rechtsprechung (vgl. E. 4.2.2 hiavor) nicht zu beanstanden. Bei einem monatlichen Bruttolohn der LSE 2016 ([Zentral-

wert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1, Ziff. 86-88 Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau 1, Männer) von Fr. 5'036.--, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (BFS, betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Arbeitszweigen, Ziff. 86-88 Gesundheits- und Sozialwesen, 2016) von 41.6 Stunden, aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die Nominalarbeitszeit 2018 (Tabelle T1.1.15 Nominallohnindex Männer, 2016-2018, Ziff. 86-88 Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen; 2016: 100.1; 2018: 101.8) ergibt dies Fr. 63'916.65 (Fr. 5'036.-- / 40 x 41.6 x 12 / 100.1 x 101.8 = Fr. 63'916.65).

4.3

4.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

4.3.2 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 Ein-

schränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.3.3 Der Beschwerdeführer hat bisher keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens zu Recht auf die LSE 2016 abstellte (act. II 104 S. 1). Bei einem monatlichen Bruttolohn ([Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1, Männer) von Fr. 5'340.--, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (BFS, betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Arbeitszweigen, Total, 2016) von 41.7 Stunden, aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die Nominallohnentwicklung 2018 (Tabelle T1.1.15 Nominallohnindex Männer, 2016-2018, Total; 2016: 100.6; 2018: 101.5) sowie unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 %, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % wegen vermehrter Pausen (E. 3.5 hiervor), resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 60'660.95 ($[\text{Fr. } 5'340.-- / 40 \times 41.7 \times 12 / 100.6 \times 101.5] = \text{Fr. } 67'401.05 \times 0.9 = \text{Fr. } 60'660.94$).

4.3.4 Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn wegen krankheitsbedingter Einschränkungen ist nicht gerechtfertigt, fand doch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen vermehrter Pausen bereits als limitierender Faktor Berücksichtigung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 11. April 2019, 9C_233/2018, E. 3.2 mit Hinweisen). Es liegen auch keine weiteren Merkmale für einen Abzug vor (vgl. E. 4.3.2 hiervor): Weder aufgrund fehlender Dienstjahre noch des Alters des Beschwerdeführers ist ein Abzug gerechtfertigt. Die mangelnde bzw. rudimentäre Ausbildung hat beim statistisch ermittelten Invalideneinkommen ausser Acht zu bleiben, denn bereits das Valideneinkommen wertete die Beschwerdegegnerin auf, indem sie einen statistischen Durchschnittslohn anstelle des tatsächlich vom Beschwerdeführer erzielten (unterdurchschnittlichen) Verdienstes als ... (vgl. act. II 6 S. 6, 18, 30.3 S. 12) heranzog; das hypothetische Invalideneinkommen aus den gleichen Gründen zu reduzieren, bewirkte eine unzulässige doppelte Berücksichtigung (vgl. Entscheide des BGer vom 19. August 2019, 8C_129/2019, E. 6.3, vom 3. März 2020, 8C_774/2019,

E. 8.6). Es ist auch kein Abzug für gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätige Männer (vgl. Entscheid des BGer vom 15. November 2010, 9C_721/2010, E. 4.2, 30. September 2011 9C_481/2011, E. 3.1.2) vorzunehmen, da der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag ausüben könnte (vgl. act. II 97.1 S. 12 Ziff. 4.7.2).

4.4 Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 63'916.65 und des Invalideneinkommens von Fr. 60'660.95 resultiert eine Einbusse von Fr. 3'255.70, damit ein Invaliditätsgrad von 5 % (Fr. 3'255.70 / Fr. 63'916.65 x 100 = 5.0 %). Damit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. März 2020 (act. II 104) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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). Zu prüfen bleibt jedoch das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

5.2 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtferti-

gen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Prozessarmut des Beschwerdeführers ist gestützt auf die eingereichten Unterlagen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 3) erstellt. Weiter ist das Beschwerdeverfahren nicht von vornherein als aussichtslos zu betrachten und für das Verfahren erscheint der Beizug einer anwaltlichen Vertretung infolge der sich stellenden Sach- und Rechtsfragen als angezeigt. Das Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ ist demnach gutzuheissen.

5.3 Der Beschwerdeführer ist damit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 114 VRPG i.V.m Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

5.4 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.5 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.--.

Das mit Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 17. Juli 2020 geltend gemacht Honorar von Fr. 2'716.15 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), bei einem Aufwand von 9.16 Stunden à Fr. 250.-- ist nicht zu beanstanden. Das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B. _____ ist auf Fr. 1'832.-- (9.16 Stunden à Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 216.50 und

Mehrwertsteuer von Fr. 157.70 (7.7 % von Fr. 2'048.50), total Fr. 2'206.20 festzusetzen 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. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'716.15 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'206.20 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzte Entschädigung vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungsfrist nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Advokat B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,

3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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