

200 20 364 IV  
JAP/COC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Oktober 2020**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. März 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2015 unter Hinweis auf Rücken- und Nackenschmerzen, Schlafprobleme, Alpträume, Wiedererinnerungen, Ängste, Reizbarkeit sowie Nervosität bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV; Antwortbeilage [AB] 7). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine interdisziplinäre (internistische, psychiatrische, orthopädische) Begutachtung durch die Fachärzte der C.\_\_\_\_\_ (MEDAS; Gutachten vom 26. April 2017; AB 32.1). Nach mehrfacher Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 34, 48, 65, 72, 86, 96, 101) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Februar 2020 (AB 107) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 20% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 110). Am 24. März 2020 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 112).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 19. Mai 2020 Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 5. bzw. 6. August 2020 nahmen die Parteien zu den unpräjudiziellen Überlegungen des Instruktionsrichters in Bezug auf die versicherungsmässigen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs (vgl. prozessleitende Ver-

fügung vom 7. Juli 2020) Stellung, wobei der Beschwerdeführer zusätzliche Unterlagen ins Recht legte (Beschwerdebeilage [BB] 4 f.).

## **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 24. März 2020 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

## **2.**

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

## **2.2**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch fest-

gestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

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

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

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

## **2.6**

**2.6.1** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

**2.6.2** Ändert sich der IV-Grad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad 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).

## **3.**

**3.1** Bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.1.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, E.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2015 (AB 14) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Traumafolgestörung mit/bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach Folterungen und Gefangenschaft im ... (ICD-10 F43.1), mit Angst und depressiver Störung gemischt (ICD-10 F41.2) sowie mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) und einen Status nach Rückenoperationen (S. 2 Ziff. 1.1). Ferner attestierte sie vom 14. bis 20. November 2014 eine 100%-ige, vom 16. Januar 2015 für vier Wochen eine 50%-ige, vom 1. März 2015 für acht Wochen eine 20%-ige und ab dem 26. Juni 2015 bis auf weiteres eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer beklage Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Vergesslichkeit, Konzentrationsmangel, Reizbarkeit, Misstrauen und Ängste. Er habe viele Wiedererinnerungen an die Vergangenheit und sei oft in Gedanken versunken (S. 3 Ziff. 1.4). Aufgrund der körperlichen Beschwerden könne er keine schweren Arbeiten ausführen. Die Leistung des Beschwerdeführers sei durch Konzentrationschwierigkeiten, Müdigkeit und Vergesslichkeit vermindert. Seine Übererregung mit erhöhter Verletzlichkeit sowie Misstrauen könne ihn bei den zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz beeinträchtigen (S. 4 Ziff. 1.7).

Im Verlaufsbericht vom 21. Oktober 2016 (AB 27) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die zuvor gestellten Diagnosen und bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär (S. 2). Ferner attestierte sie ab April 2016 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer benötige wegen den Rückenschmerzen einige Zwischenpausen bei der Arbeit. Die Schlafstörungen und die Müdigkeit schränkten die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit ein. Aufgrund der PTBS reagiere der Beschwerdeführer in Situationen, bei welchen er einen Druck verspüre, oft mit Angst und nachfolgend mit Wut, was sich in zwischenmenschlichen Beziehungen negativ auswirken und zu Konflikten am Arbeitsplatz führen könne (S. 3).

**3.1.2** Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 26. April 2017 (AB 32.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine PTBS (ICD-10 F43.1), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und eine geringe Coxarthrose beidseits diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

fürten die Gutachter einen Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie und eine Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie an (S. 10 Ziff. 5).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei durch den langjährigen Gefängnisaufenthalt mit Folter belastet und traumatisiert worden. Er habe sich sozial zurückgezogen. Es träten wiederholt Gefühle von Depressivität, Leere, Suizidgedanken und Bedrohtheit auf. Es bestünden zudem ängstliche und misstrauisch-paranoide Persönlichkeitszüge. Der Beschwerdeführer leide unter massiven Durchschlafstörungen mit Alpträumen. Die beschriebene Persönlichkeitsänderung sei als Folge dieser Extrembelastung zu werten. Entgegen Dr. med. D. \_\_\_\_\_ könne die Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt nicht gestellt werden, da die depressive und Angstsymptomatik im Zusammenhang mit der PTBS zu sehen sei und somit keine eigenständige Diagnose bilde. Auch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Vielmehr liege den Schmerzen eine somatische Ursache zugrunde (AB 32.1 S. 11 Ziff. 6.1). Aufgrund der PTBS habe der Beschwerdeführer Mühe, über einen längeren Zeitraum zwischenmenschliche Kontakte in angemessener Weise aufrechtzuerhalten. Es bestehe eine mindestens mittelgradige, teilweise schwergradige Einschränkung der Selbstbehauptungs-, Kontakt- und Gruppenfähigkeit. Bei nicht vertrauten zwischenmenschlichen Kontakten oder im Alltags- und Berufsleben müsse er eine erhebliche psychische Energie aufbringen, um traumaassoziierte Ängste kontrollieren zu können. Die Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mindestens mittelgradig beeinträchtigt. Zudem bestünden eine herabgesetzte Stresstoleranz, ein rasch aktivierbares Misstrauen sowie eine erhöhte Kränkbarkeit und Reizbarkeit (S. 12 Ziff. 6.2). Die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien plausibel. Aktuell bestehe in der aktuellen und einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% (AB 32.2 S. 13 Ziff. 6.7). Die Prognose hinsichtlich einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei bei der komplexen und schweren PTBS mit Hinweisen auf Persönlichkeitsänderung nach jahrelanger Inhaftierung und Folter mit grosser Skepsis zu stellen (S. 14 Ziff. 6.8).

Aus somatischer resp. orthopädischer Sicht bestünden ein chronisches Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom und

eine beginnende Coxarthrose beidseits. Die muskuloskelettale Belastbarkeit sei durch die degenerativen Veränderungen mit dazu passenden subjektiven Beschwerden reduziert (AB 32.1 S. 11 Ziff. 6.1). Der Beschwerdeführer könne nicht mehr dauerhaft vornübergebeugt verharren, keine Zwangspositionen über längere Zeit einnehmen und keine langen Wegstrecken (gesamthaft 5 km) zurücklegen. Zudem sei es ihm nicht mehr zuzumuten, nur sitzend, stehend oder gehend zu arbeiten oder Gewichte über 10 kg zu tragen (AB 32.1 S. 12 Ziff. 6.2; AB 32.3 S. 7 Ziff. 6.2). Leichte körperliche Arbeiten seien dem Beschwerdeführer hingegen zumutbar. Zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks/der Hüfte bestehe dabei ein vermehrter Pausenbedarf über den Tag. Für eine solche leichte adaptierte körperliche Tätigkeit, worunter auch die angestammte Tätigkeit als ... falle, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80% (AB 32.3 S. 8 Ziff. 6.6.1).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der aktuell ausgeübten Tätigkeit als ... namentlich aufgrund der bestehenden PTBS eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe. In einer angepassten Tätigkeit (mit interaktionell einfachem Arbeitsumfeld ohne traumaassoziierte Reize, mit der Möglichkeit, Konflikte am Arbeitsplatz weitgehend zu vermeiden, ohne schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, ohne die Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu tragen oder zu heben, ohne die Notwendigkeit, dauerhaft vorübergebeugt in einer Zwangsposition zu arbeiten, mit vermehrtem Pausenbedarf über den Tag) bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50% (AB 32.1 S. 13 Ziff. 6.6).

**3.1.3** Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (nach eigenen Angaben Fachärztin für Neuropsychiatrie; weder im Medizinalberuferegister noch im FMH-Index verzeichnet) bestätigte im Bericht vom 17. Juli 2017 (AB 34) die im Gutachten gestellte Diagnose einer PTBS. Gestützt auf die bestehenden schweren und kaum reversiblen psychischen Störungen sei die attestierte 50%-ige Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar (S. 4).

**3.1.4** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bezeichnete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlaufsbericht vom 3. Januar 2018 (AB 46) weiterhin als stationär. Dabei bestätigte sie weitestgehend die zuvor gestellten

Diagnosen, die festgestellten Einschränkungen sowie die seit April 2016 attestierte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 und S. 4).

Im Verlaufsbericht vom 24. September 2018 (AB 55) attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wobei sich in der Diagnosestellung keine Änderung ergeben habe. Atemschwierigkeiten hätten zu einer notfallmässigen Hospitalisation geführt (S. 2). Bezüglich den bestehenden psychischen Einschränkungen wiederholte die Ärztin die bisherigen Angaben. Die körperlichen Beschwerden hätten zugenommen. Dem Beschwerdeführer sei höchstens ein Arbeitspensum von 50% zumutbar (S. 4).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 3. Dezember 2018 (AB 65) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) mit Status nach PTBS (ICD-10 F43.1) sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie namentlich psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, aktuell Substitution durch Subutex (ICD-10 F11.2), einen Status nach Laryngopharyngitis und einen Status nach hyperaktivem Delir multifaktorieller Genese auf (S. 6). An einer Traumatisierung des Beschwerdeführers durch Inhaftierung und Folterungen im ..., an einer folgenden PTBS und der zunehmend imponierenden andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung werde nicht gezweifelt. Hinweise für eine Aggravation oder gar Simulation ergäben sich nicht. Die angestammte Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer keinesfalls zumutbar. Das im MEDAS-Gutachten von April 2017 formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte weiterhin. Zusätzlich bestünden folgende psychiatrisch bedingten Einschränkungen: kein Zeitdruck, keine häufig wechselnden Arbeitszeiten, keine Verantwortung für Personen, kein Anspruch an die Konfliktfähigkeit, kein Anspruch an die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit, keine Tätigkeit mit repräsentativen Aufgaben, keine Tätigkeit mit der Notwendigkeit der ununterbrochenen sozialen Kontaktfähigkeit, mit der Möglichkeit zur ausreichenden selbstgewählten Pausen (S. 7).

**3.1.6** Nachdem beim Beschwerdeführer bereits am 7. November 2018 eine diagnostische glenohumerale Infiltration Schulter links durchgeführt worden war (AB 81 S. 6), fand am 27. Februar 2019 aufgrund einer diagnostizierten symptomatischen SLAP-Läsion Typ II links eine Schulterarthroskopie links mit intraartikulärem Débridement, eine Tenotomie der langen Bizepssehne und Refixation des superioren Labrums links statt (AB 84 S. 1; 88 S. 2). Im Bericht des Ambulatoriums der Orthopädie Sonnenhof vom 15. April 2019 (AB 88 S. 2) wurde bezüglich der klinischen Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ festgehalten, der Beschwerdeführer berichte noch über relevante Restbeschwerden im Bereich der gesamten Schulter. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bei insgesamt 20%-iger Arbeitstätigkeit.

Im weiteren Verlauf wurde im Bericht vom 13. Juni 2019 (AB 93 S. 2) festgehalten, dreieinhalb Monate postoperativ zeige sich eine symmetrische Schulterbeweglichkeit mit noch gewissen Restbeschwerden, welche vermutlich auf eine subakromiale Reizung zurückzuführen sei. Die präoperativ bestandenen Schmerzen seien jedoch gemäss Angaben des Beschwerdeführers weg. Es wurde eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

**3.1.7** Im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2019 (99 S. 3 f.) wurden eine Kniekontusion rechts mit Bursahämatom und eine Hüftkontusion rechts mit Hämatom gluteal diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei im Seilpark vom Seil gerutscht und auf das rechte Knie und die rechte Hüfte/Gesäss gestürzt aus ca. Körperhöhe. Er leide nun an Schmerzen über dem rechten Knie und im Gesäss rechts (S. 3). Es wurde vom 12. bis am 18. August 2019 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 4).

**3.1.8** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2019 (AB 101) chronisch wiederkehrende Lumbalgien und Lumboischialgien linksbetont, eine beginnende Coxarthrose beidseits, einen Status nach Schulterprellung links mit AC (Akromioklavikulargelenk) Arthropathie und SLAP-Läsion Typ II arthroskopisch saniert im Februar 2019 sowie einen Status nach Hüft- und Knieprellung rechts im August 2019. Das orthopädische Gutachten von April 2017 sei schlüssig und in seinen Einschätzungen nachvollziehbar. Die Verletzung der linken

Schulter sei ausgeheilt. Die in diesem Zusammenhang attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar. Am 13. Juni 2016 sei betreffend die linke Schulter wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht worden. Dauerhaft resultiere diesbezüglich keine zusätzliche leistungsmindernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes im versicherungsmedizinischen Sinn. Gleiches gelte für die Prellung von Hüfte und Knie im August 2019. Das Zumutbarkeitsprofil, welches im orthopädischen Gutachten von April 2017 formuliert worden sei, habe weiterhin Bestand (S. 3).

**3.1.9** Im Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 28. Februar 2020 (AB 113 S. 3 f.) wurde ein Malum perforans Fuss beidseits bei diabetischer Polyneuropathie diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide seit einiger Zeit an Schmerzen an beiden Fusssohlen. Hier hätten sich ausgeprägte Hyperkeratosen entwickelt. Es wurden eine podologische Behandlung und varisierende Einlagen verordnet (S. 3)

**3.1.10** Im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 15. Mai 2020 (BB 3) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, ihre psychiatrische Beurteilung der Störung (PTBS) sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen (50%) sei im psychiatrischen Fachgutachten der MEDAS bestätigt worden. Aufgrund der verschiedenen Beschwerden und Schmerzen halte sie zudem an der ursprünglichen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest. Es gelte jedoch anzumerken, dass der Beschwerdeführer seit seiner Rückenoperation ständig wegen Schmerzen unter Behandlung mit Opiaten (Tramadol) gestanden habe und die Schmerzproblematik dadurch stark gedämpft worden sei. Das Schmerzerleben des Beschwerdeführers sei gestört, was mit den Folgen seiner Folterungen und dissoziativen Zuständen in Verbindung stehe (S. 2).

**3.2** 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 anzuge-

ben, 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).

**3.3** Die MEDAS-Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das interdisziplinäre Gutachten vom 26. April 2017 (AB 32.1) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Auf dieses Gutachten ist – wie nachfolgend dargelegt wird – prinzipiell abzustellen (vgl. aber E. 3.5.3 hiernach).

**3.4** In somatischer Hinsicht haben die MEDAS-Gutachter einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer aufgrund des bestehenden chronischen Lumbovertebralsyndroms und der geringen Coxarthrose beidseits sowohl in der bisherigen Tätigkeit als ... als auch in einer angepassten Tätigkeit (ohne schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, ohne die Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu tragen oder zu heben, ohne die Notwendigkeit, dauerhaft vorübergebeugt in einer Zwangsposition zu arbeiten, mit vermehrtem Pausenbedarf über den Tag) zu 80% arbeitsfähig ist

(AB 32.1 S. 10 Ziff. 5.1 und S. 13 Ziff. 6.6 f., 32.3 S. 6 Ziff. 5 und S. 8 f. Ziff. 6.6). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie wurde im weiteren Verlauf durch den RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ bestätigt (Bericht vom 15. November 2019; AB 101 S. 3). Darauf ist abzustellen. Eine davon divergierende medizinische (somatische) Beurteilung findet sich nicht.

Hinsichtlich des Verlaufs des somatischen Gesundheitszustandes geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer nach der Begutachtung diversen operativen Eingriffen unterzogen hat (12. September 2018: Pharyngolaryngoskopie mit Abszessspaltung Vallecule links [AB 99 S. 9 f.]; 7. November 2018: diagnostische glenohumerale Infiltration Schulter links [AB 81 S. 6], 27. Februar 2019: Schulterarthroskopie links mit intraartikulärem Débridement, Tenotomie der langen Bizepssehne und Refixation des superioren Labrums links [AB 84 S. 1, 88 S. 2, 113 S. 9 f.]; 7. Mai 2019: Nasenseptumplastik, inferiore Thermoconchotomie [AB 99 S. 5 f.]). Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hat sich im Bericht vom 15. November 2019 (AB 101 S. 3) mit diesen Eingriffen auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass einzig die erfolgte Schulteroperation während der Rekonvaleszenz vom 27. Februar bis 12. Juni 2019 zu einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit führte. Ab dem 13. Juni 2019 attestierte er diesbezüglich wiederum eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung steht im Einklang mit derjenigen im Bericht der Orthopädie Sonnenhof vom 13. Juni 2019 (AB 93 S. 2), in welchem ab diesem Zeitpunkt ebenfalls eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Eine anderweitige wesentliche Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes ist nicht ausgewiesen. Im Zusammenhang mit der Prellung von Hüfte und Knie im August 2018 (AB 99 S. 3 f.) verneinte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ eine relevante Leistungsminderung (AB 101 S. 3). Zudem führen die im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie aufgetretenen Fussprobleme (Malum perfractum beidseits; AB 113 S. 3 f.) unbestrittenermassen höchstens insoweit zu einer qualitativen Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils, als längeres Stehen vermieden werden sollte (vgl. AB 110 S. 1).

### 3.5

**3.5.1** Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten unter Bezug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) – namentlich auch in Bezug auf das Belastungskriterium (AB 32.2 S. 5; S. 10 Ziff. 6.1; vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Januar 2020, 9C\_548/2019, E. 6.3.1) – einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einer PTBS leidet und dass in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit (mit interaktionell einfachem Arbeitsumfeld ohne traumaassoziierte Reize, mit der Möglichkeit Konflikte am Arbeitsplatz weitgehend zu vermeiden) eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 32.2 S. 9 Ziff. 5.1 und S. 13 f. Ziff. 6.7; 32.1 S. 13 Ziff. 6.7). Diese Beurteilung ist nicht nur nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht auch im Einklang mit derjenigen der behandelnden Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (AB 14, 27, 46, 55; BB 3) und wurde im weiteren Verlauf durch die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bestätigt (AB 34 S. 4). Darauf ist – zumindest aus diagnostischer Sicht – abzustellen. Daran ändert nichts, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ – neben der PTBS – eine Angst und depressive Störung gemischt und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert hat (AB 14 S. 2 Ziff. 1.1, 27 S. 2 Ziff. 3). Denn die MEDAS-Psychiaterin hat sich in ihrer Beurteilung mit diesen beiden Diagnosen auseinandergesetzt und einlässlich dargelegt, weshalb diese nicht zu erheben sind (AB 32.1 S. 11 Ziff. 6.1, 32.2 S. 13 Ziff. 6.6). Soweit die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2018 (AB 65) ausführte, dass die PTBS mittlerweile in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung übergegangen und die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar sei, vermag dies die Beurteilung der MEDAS-Psychiaterin ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen, da bereits Letztere diese Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes differentialdiagnostisch in Betracht gezogen hatte (AB 32.2 S. 9 Ziff. 5.1). Darüber hinaus erachtete die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ das im MEDAS-Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil nach wie vor als massgebend, wobei sie es um zusätzliche spezifische Anforderungen ergänzte (AB 65 S. 7).

**3.5.2** Bezüglich der diagnostizierten PTBS sind vorab die – von den Parteien unbestrittenen (vgl. Eingaben vom 5. und 6. August 2020; BB 4) –

versicherungsmässigen Voraussetzungen (vgl. Art. 6 IVG und Rz. 1040 ff. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) zu prüfen, zumal aufgrund der Akten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Beschwerdeführer im Juni 2009 mit der PTBS-Symptomatik in die Schweiz einreiste und der Versicherungsfall damals bereits eingetreten war (vgl. diesbezüglich bereits die Ausführungen in der prozessleitenden Verfügung vom 7. Juli 2020). Diesbezüglich ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst in seiner Ausbildung zum ... nur teilzeitlich tätig war (inkl. Schule; AB 50 S. 5) und damit nie in einem Rahmen gearbeitet hat, der vollschichtig war. Dies spricht für ein Eintreten der PTBS-Symptomatik vor der Einreise in die Schweiz. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat denn auch im Bericht vom 15. Mai 2020 (BB 3) ausgeführt, den Beschwerdeführer sehr früh nach der ersten Arbeitsaufnahme behandelt zu haben. Der Ausbruch der PTBS legte sie dabei auf den Zeitpunkt des Gefängnisaufenthalts (S. 8). In der Stellungnahme vom 20. Juli 2020 änderte die Ärztin ihre diesbezügliche Haltung und sprach von einem verzögerten Ausbruch der PTBS (BB 4 S. 1).

Letztlich muss die Frage, ob die PTBS-Symptomatik bei der Einreise in die Schweiz im Juni 2009 bereits vorbestanden hat, nicht abschliessend beurteilt werden, da selbst bei Bejahung der versicherungsmässigen Voraussetzungen kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 3.6 hiernach).

**3.5.3** Soweit die MEDAS-Psychiaterin aufgrund der bestehenden PTBS sowohl in der bisherigen Tätigkeit als ... wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert hat (AB 32.2 S. 9 Ziff. 5.1 und S. 13 f. Ziff. 6.7; 32.1 S. 13 Ziff. 6.7), ist deren rechtliche Ausgewiesenheit nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.2 hiervor):

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe in Sinne der höchstrichterlicher Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere finden sich in den Akten keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation (AB 32.1 S. 12 Ziff. 6.5, 32.2 S. 12 Ziff. 6.5, 32.3 S. 8 Ziff. 6.5, 65 S. 7). Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298)

ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist festzuhalten, dass die Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit mindestens mittelgradig und sämtliche interaktions-assoziierten Fähigkeiten (zur Selbstbehauptung, zum Kontakt mit Dritten, zu Tätigkeiten in Gruppen) mindestens mittelgradig, bis unter schwierigen Bedingungen schwergradig gestört sind. Insgesamt sind die Stress- und Frustrationstoleranz krankheitsbedingt erheblich herabgesetzt (AB 32.2 S. 12 Ziff. 6.2; vgl. auch AB 46 S. 4 und S. 10 f.). Unter Berücksichtigung dieser Befunde ist die psychische Störung gemäss der Gutachterin als mittel- bis zuweilen schwergradig zu qualifizieren (AB 32.2 S. 11 Ziff. 6.1 unten). Dabei ist berücksichtigt, dass es dem Beschwerdeführer während seiner Ausbildung zum ... möglich war, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach ... zu pendeln, ist doch insbesondere nicht ersichtlich, dass bzw. inwiefern hierzu ein Überwinden seiner Menschenscheue erforderlich war. Zudem wären interpersonelle Kontakte im Zug oder Bus – die im Übrigen auch vermieden werden könnten – nach gutachterlicher Einschätzung tolerabel, solange sie keinerlei Assoziationen zum Trauma, keinen Stress und keinen Widerstand hervorrufen (AB 32.2 S. 12 Ziff. 6.2). Dem Beschwerdeführer kann im Zusammenhang mit der nunmehr knapp bestandenen Ausbildung zum ... (AB 110 S. 1; BB 3 S. 6) durchaus ein gewisser Durchhaltewillen attestiert werden (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6). Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die seit 2013 etablierte Behandlung im Ambulatorium E.\_\_\_\_\_ gutachterlicherseits als angemessen bezeichnet wurde (AB 32.2 S. 14 Ziff. 6.8). Ferner wurde trotz Therapieadhärenz eine eher negative Prognose gestellt (AB 32.1 S. 14 Ziff. 6.8, 32.2 S. 14 Ziff. 6.8). Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Als massgebende somatische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine beidseitige Coxarthrose sowie neu hinzugetretene Fussbeschwerden, die sich ressourcenhemmend auswirken (AB 32.1 S. 10 Ziff. 5.1, 113 S. 3). Die MEDAS-Psychiaterin zeigte zudem auf, dass die bestehende Schmerzsymptomatik weitgehend durch die orthopädische Problematik zu erklären ist und lediglich allfällig nicht begründbare Restsymptome unter die (kom-

plexe) PTBS zu subsumieren sind (AB 32.2 S. 13 Ziff. 6.6). Vor diesem Hintergrund liegen nicht bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen vor, was eine Komorbidität ausschliesse (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Vielmehr ist das Bestehen einer psychischen Komorbidität zu bejahen.

Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass anlässlich der Exploration kein Anhalt für Störungen des inhaltlichen Denkens, der Wahrnehmung oder des Ich-Erlebens bestand. Zudem waren Phobien oder Zwänge im psychopathologischen Sinne nicht eruierbar (AB 32.2 S. 8 Ziff. 4.1). Jedoch besteht seit der achtjährigen Haft und Folter in ... Gefängnissen eine Persönlichkeit mit ängstlichen und misstrauisch-paranoiden Persönlichkeitszügen (AB 32.1 S. 11 Ziff. 6.1, 32.2 S. 9 Ziff. 4.1 und S. 12 Ziff. 6.4). Die PTBS ist zudem gemäss der Einschätzung der MEDAS-Psychiaterin (differentialdiagnostisch; AB 32.2 S. 9 Ziff. 5.1) und der RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (AB 65 S. 6 f.) in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung übergegangen, was per definitionem spezifische Persönlichkeitsauffälligkeiten voraussetzt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 286 f.).

Betreffend den Komplex "sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) geht aus dem MEDAS-Gutachten hervor, dass sich der Lebensstil des Beschwerdeführers seit seiner Inhaftierung gewandelt habe. So sei er vorher ein ausgesprochen sozial aktiver, geselliger und initiativer Student gewesen (AB 32.2 S. 9 Ziff. 4.1). Nunmehr pflegt er zu seinen Nachbarn keinen engen Kontakt. Jedoch hat er Kontakt zu anderen Personen (AB 32.1 S. 5 Ziff. 3.1). Die Familie verfügt über Freunde, die sie treffen, darüber hinaus war der Beschwerdeführer – zumindest noch im Explorationszeitpunkt (vgl. aber Beschwerde S. 6 oben) – in einer Gruppe von Menschenrechtsaktivisten tätig, wobei man sich in einer Kirche im Quartier traf und auch ab und zu zusammen kochte (AB 32.2 S. 6 Ziff. 3.4). Auch durch sein Engagement im Sportverein ergaben sich Beziehungen (AB 61 S. 4). Bei der Arbeit als ... soll er meist alleine sein (BB 3 S. 8). Insbesondere durch das familiäre Umfeld hält der Lebenskontext des Beschwerdeführers

gewisse (mobilisierbare) Ressourcen bereit, er bekundet aber deutliche Mühe, zwischenmenschliche Kontakte über einen längeren Zeitraum in angemessener Weise aufrecht zu halten; es besteht eine Tendenz zur Vermeidung von emotionaler Nähe und sozialem Rückzug (AB 32.1 S. 8 Ziff. 4.2, 32.2 S. 9 Ziff. 4.1).

In der Kategorie "Konsistenz" in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) sind hingegen deutliche Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Zwar kam die MEDAS-Psychiaterin zum Schluss, dass das Aktivitäts- und Leistungsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Beruf) gleichmässig reduziert sei (AB 32.2 S. 12 Ziff. 6.5). Aus dem MEDAS-Gutachten geht jedoch hervor, dass der Beschwerdeführer diverse Freizeitaktivitäten ausübt. So liest er Bücher, malt, hört gerne Musik, spielt gelegentlich ... und geht gerne spazieren. Ferner hilft er der Ehefrau den Haushalt zu erledigen (AB 32.1 S. 5 Ziff. 3.1, 32.2 S. 7 Ziff. 3.4). Er war auch schon in einem ... (AB 99 S. 3 f.) und engagierte sich in einem Sportverein (AB 61 S. 4). Zudem besteht eine erhebliche Verkehrsfähigkeit (Zugreisen; vgl. hierzu bereits E. 3.5.3 vorstehend). Darüber hinaus war der Beschwerdeführer in der Lage, seine Ausbildung zu 50% während dreier aufeinander folgender Tage (Montag bis Mittwoch) zu absolvieren (AB 32.2 S. 2 lit. d). Der dokumentierte Tagesablauf (AB 32.1 S. 7 Ziff. 3.2.1, 32.2 S. 7 Ziff. 3.4) und das geschilderte Aktivitätsniveau sind somit mit der attestierten Teilarbeitsfähigkeit von 50% nicht vereinbar. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selber angegeben hat, er könne sich vorstellen, auch mehr als die aktuellen 50% zu arbeiten. Dass er so reduziert arbeite, hänge mit dem Pendeln zusammen (AB 32.1 S. 8 Ziff. 3.4). Mit der Aufnahme seiner Tätigkeit als ... Mitte April 2017 zu einem Pensum von 20% (AB 64 S. 2), welche er damit während einer beschränkten Zeit parallel zur seiner Ausbildung zum ... ausübte, hat der Beschwerdeführer im Übrigen den Tatbeweis erbracht, dass er über ein höheres Leistungsvermögen als die attestierte Teilarbeitsfähigkeit von 50% verfügt. Daran ändert nichts, dass ihm diese kirchliche Tätigkeit aus Wohlwollen angeboten wurde (AB 120 S. 28). Schliesslich bleibt festzuhalten, dass sich die MEDAS-Psychiaterin bei der attestierten 50%-igen Arbeitsunfähigkeit auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt hat

("plausibel berichtet, dass er mit seinem aktuellen 50%-Pensum [...] an die Grenzen seiner Konzentrations- und Durchhaltefähigkeit gelangt"; AB 32.2 S. 13 Ziff. 6.6), welche aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht jedoch nicht massgebend sind. Ebenfalls berücksichtigte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit invaliditätsfremde Aspekte ("wir haben dem Patienten immer 50% Arbeitsfähigkeit attestiert, auch um seine Ambitionen und den Nachholbedarf der durch Gefängnisaufenthalt verpassten Jugendjahre zu ermöglichen"; BB 4 S. 3).

Demnach lassen die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu. Zwar sprechen einige Standardindikatoren in der Kategorie "funktioneller Schweregrad" für eine gewisse Ressourcenhemmung, die auffälligen Unregelmässigkeiten in der Kategorie "Konsistenz" mit dem mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit unvereinbaren Aktivitäts- und Leistungsniveau, der normalen Verkehrsfähigkeit und der divergierenden Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, überwiegen in der Gesamtbetrachtung jedoch deutlich. In der Folge ist die von der MEDAS-Psychiaterin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit als rechtlich nicht massgebend zu beurteilen, ohne dass das Administrativgutachten aus medizinischer Sicht dadurch seinen Beweiswert verliert (vgl. Entscheid des BGer vom 26. November 2018, 8C\_480/2018, E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.).

**3.6** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ... und in einer angepassten Tätigkeit (ohne schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, ohne die Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu tragen oder zu heben, ohne die Notwendigkeit, dauerhaft vorübergebeugt in einer Zwangsposition zu arbeiten, mit vermehrtem Pausenbedarf über den Tag) zu 80% arbeitsfähig ist. Somit war er nicht im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig, weshalb das Wartejahr nicht erfüllt ist und vorerst kein Rentenspruch entstehen konnte (vgl. E. 2.2 hiervor). Durch die ab 27. Februar 2019 zwischenzeitlich eingetretene 100%-ige Arbeitsunfähigkeit erfüllte der Beschwerdeführer die Wartezeit am 26. Mai 2019 (276 Tage à 20% arbeitsunfähig und 89 Tage à

100% arbeitsunfähig; vgl. zur Berechnung Rz. 2017 f. sowie Anhang 2 KSIH) und war danach noch bis 12. Juni 2019 in jeder Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Dass die durchgehende 20%-ige Arbeitsunfähigkeit und die vorübergehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit auf unterschiedlichen Leiden beruhte, ist dabei ohne Belang (vgl. Rz. 2010.1 KSIH). Damit besteht ab 1. Mai 2019 zunächst Anspruch auf eine Viertelsrente und vom 1. August bis 30. September 2019 Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; Art. 88a Abs. 1 bzw. Abs. 2 IVV; BGE 121 V 264 E. 6b dd und E. 7 S. 275; Rz. 4001 f. KSIH; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 28 N. 36 und Art. 29 N. 6).

**3.7** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 24. März 2020 aufzuheben und dem Beschwerdeführer vom 1. Mai bis 31. Juli 2019 eine Viertelsrente bzw. vom 1. August bis 30. September 2019 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

**3.8** Anzuführen bleibt, dass der Beschwerdeführer nach dem Erhalt der Arbeitsbewilligung bei seinem kurzen Arbeitseinsatz in einer Bäckerei sowie in den nachfolgenden Tätigkeiten als Praktikant bzw. Lernender nie den Mindestjahreslohn (Eintrittsschwelle) nach Art. 7 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) erreichte (vgl. AB 9, 50, 59; IV-Protokoll S. 4 [in den Gerichtsakten]). Es besteht keine Vorsorgeeinrichtung, welcher die angefochtene Verfügung hätte eröffnet bzw. welche im Beschwerdeverfahren hätte beigeladen werden können (vgl. dazu SVR 2007 IV Nr. 8 S. 27).

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Der Beschwerdeführer obsiegt in einem geringfügigen Teil, insofern als ihm nunmehr – entgegen der angefochtenen Verfügung – eine befristete Viertelsrente während drei Monaten bzw. eine ganze Rente während zwei Monaten zugesprochen wird. Es rechtfertigt sich, von einem Obsiegen im Umfang von einem Achtel auszugehen. Die Verfahrenskosten, bestimmt auf Fr. 800.--, sind deshalb zu sieben Achtel vom Beschwerdeführer und zu einem Achtel von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Die vom Beschwerdeführer zu tragenden Verfahrenskosten von Fr. 700.-- (Art. 108 Abs. 1 VRPG) werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der zu viel geleistete Kostenvorschuss von Fr. 100.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten. Die restlichen Verfahrenskosten von Fr. 100.-- sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**4.2** Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteienschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Mit Kostennote vom 5. August 2020 macht Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ einen Gesamtaufwand von Fr. 5'291.60 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend. Die Parteienschädigung ist somit auf Fr. 661.45 (1/8 von Fr. 5'291.60) inkl. Auslagen und MWSt. festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. März 2020 aufgehoben und dem Beschwerdeführer vom 1. Mai bis 31. Juli 2019 eine Viertelsrente und vom 1. August bis 30. September 2019 eine ganze IV-Rente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 800.-- bestimmt und dem Beschwerdeführer in der Höhe von Fr. 700.-- zur Bezahlung auferlegt sowie dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Der vom Beschwerdeführer zu viel geleistete Kostenvorschuss von Fr. 100.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet. Die restlichen Verfahrenskosten von Fr. 100.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 661.45 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt 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.