

200 20 383 IV  
KNB/ISD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. August 2021**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, lic.iur. E. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. April 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1977 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als ... tätig, meldete sich im Juni 2013 unter Hinweis auf eine bipolare Störung und ein schweres Schlafapnoe-Syndrom bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB traf erwerbliche Abklärungen und sprach dem Versicherten berufliche Massnahmen zu (AB 26, 31), welche sie mit Mitteilung vom 6. März 2014 (AB 36) abbrach. In medizinischer Hinsicht holte sie vorerst namentlich ein bidisziplinäres psychiatrisch-neurologisches Gutachten bei der C.\_\_\_\_\_ GmbH (Expertise vom 22. Januar 2016 [AB 60.1]) ein. Gestützt darauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. April 2016 (AB 61) die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (AB 66, 76), woraufhin die IVB Ergänzungsfragen an die Gutachter stellte (vgl. AB 72 f.) und nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 94-96) ein polydisziplinäres Gutachten bei der D.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend: MEDAS) vom 15. Oktober 2018 (AB 113.1 [Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung], 113.2-113.7) einholte. Nach Eingang von Stellungnahmen des Versicherten bzw. seiner behandelnden Psychiaterin (vgl. AB 117/2-5), Rücksprache mit dem RAD (AB 119), abermaliger Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 120, 122) und Rückfragen an die MEDAS (vgl. AB 127) verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. April 2020 (AB 131) bei einem IV-Grad von 27 % einen Rentenanspruch.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. E.\_\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 25. Mai 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2020, die Vornahme weiterer Abklärungen in medizinischer Hinsicht bzw. zu den Vergleichseinkommen sowie die Zusprache einer Rente. Daneben stellte er mit

einer separaten Eingabe vom 25. Mai 2020 ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten.

Mit Eingabe vom 27. Mai 2020 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 14. Juli 2020 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers weitere Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie eine Kostennote 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 vom 22. April 2020 (AB 131). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). 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).

**2.2.2** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.3** 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).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49, namentlich Aggravation, Simulation oder eine ähnliche Erscheinung (vgl. auch BGE 127 V 294 E. 5a S. 299), standhält. Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig,

wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

### 3.

**3.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Schreiben vom 23. Mai 2013 (AB 11) hielt Dr. med. Dipl.-Mot. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zusammen mit dem Beschwerdeführer als Diagnosen eine bipolare affektive Störung, zurzeit schwere depressive Episode (ICD-10 F31.7), und ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit Betonung im REM-Schlaf (ICD-10 G47.31; Differentialdiagnose: idiopathische Hypersomnie) fest. Der Beschwerdeführer sei seit Jahren in psychiatrischer sowie psychopharmakologischer Behandlung. In schlafmedizinischer Hinsicht seien verschiedene medikamentöse und therapeutische Ansätze versucht worden, wobei keine Verbesserung der Hypersomnie erzielt worden sei. Seit 2010 habe sich der Gesundheitszustand zusehends verschlechtert und es sei zu erneuten Arbeitsplatzverlusten gekommen. Die Beschwerdegegnerin werde daher ersucht, eine IV-Berentung zu prüfen und berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Im beigelegten Arztbericht (AB 10/2-5) attestierte Dr. med. Dipl.-Mot. F.\_\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als ... ab dem 1. Mai 2013. Die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit sei vorerst lediglich in einem 20 %-Pensum und im geschützten Rahmen möglich.

An dieser Einschätzung hielt Dr. med. Dipl.-Mot. F.\_\_\_\_\_ in ihren Stellungnahmen vom 5. Mai 2016 (AB 66/5 f.) und 9. Januar 2017 (AB 76/3 ff.) zum bidisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2016 (AB 60.1) fest, namentlich unter Verweis auf die Befunde der beruflichen Abklärungen der Stiftung G.\_\_\_\_\_ zwischen dem 28. Oktober 2013 und 11. Februar 2014 (vgl. dazu AB 34), und machte Ausführungen zu den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bei bipolaren Störungen (vgl. AB 66/6 und 76/4 f.). Zu den therapeutischen Optionen nahm sie sodann in der Stellungnahme vom 7. Januar 2019 (AB 117/2-5) zum MEDAS-Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 113.1) abermals Bezug und hielt zusammenfassend fest, der nicht vorhersehbare Verlauf der Hypersomnie sei mit einer kontinuierlichen Arbeit im heutigen ersten Arbeitsmarkt nicht zu vereinen. Ihre eigenen langjährigen Beobachtungen sowie verschiedene Abklärungsbe-

richte kämen zu völlig anderen Ergebnissen als die MEDAS-Gutachter. Es sei daher nun Sache der Beschwerdegegnerin zu entscheiden, ob sie auf die auf langjähriger Untersuchung basierenden Berichte der behandelnden Fachärzte oder die merkwürdigen Resultate einer "transversalen" Begutachtung abstellen wolle (AB 117/4 f.).

**3.1.2** In somatischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, vom Spital I.\_\_\_\_\_ in einem am 19. August 2013 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen undatierten Arztbericht ein schweres rücklagenbetontes obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom und eine Hypersomnie sowie mangelnde Schlafhygiene. Zudem hielt er den Verdacht auf eine bipolare affektive Störung fest. Es bestehe eine persistierende Müdigkeit und Schläfrigkeit, wobei bei genügender Therapiecompliance (CPAP-Therapie) und Schlafhygiene eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (AB 18). In den nachfolgenden Berichten des Spitals I.\_\_\_\_\_ wurde unter anderem die Differentialdiagnose Idiopathische Hypersomnie festgehalten (vgl. AB 39/4 und 7) und – bei weiterhin unzureichender Therapiecompliance – ein sich verbesserndes Einstellungsergebnis der APAP-Therapie (AB 39/6 und 8).

Im Untersuchungsbericht des Spitals I.\_\_\_\_\_ Bern vom 20. Februar 2014 (AB 39/4-6) wurde ein schweres, rücklagenbetontes obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom, eine Hypersomnie und mangelnde Schlafhygiene mit der Differentialdiagnose Idiopathische Hypersomnie, ein Verdacht auf eine bipolare affektive Störung mit der Differentialdiagnose rezidivierende depressive Störung sowie ein chronischer Alkoholkonsum diagnostiziert.

Im Bericht Schlafsprechstunde des Spitals I.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2014 (AB 60.2/10 f.) wurden eine idiopathische Hypersomnie, eine nichtorganische Hypersomnie, ein Schlaf-Apnoe-Syndrom und eine bipolare Störung diagnostiziert. Die aktuelle Tagesmüdigkeit werde mit einer nun gut tolerierten CPAP-Maske suffizient behandelt. Wahrscheinlich bestehe eine Kombination aus einem seit der Pubertät bestehenden erhöhten Schlafbedürfnis im Sinne einer idiopathischen Hypersomnie, welches durch die psychiatrische Komponente bei bekannter bipolarer Störung akzentuiert

werde. Das Ziel wäre die optimale Einstellung der psychiatrischen Symptome.

**3.1.3** Im bidisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2016 (AB 60.1) hielten die Dres. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie mit Fähigkeitsausweis Schlafmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC), und K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C.\_\_\_\_\_, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F31.3) bei Hypersomnie nicht-organischer Ursache fest (AB 60.1/19 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 E47.3) genannt (AB 60.1/20 Ziff. 5.2).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass das festgestellte obstruktive Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Therapie keine relevanten Atemstörungen mehr aufweise und dadurch keine Einschränkungen resultierten. Die Hypersomnie könne nicht organisch zugeordnet werden, namentlich eine neurologisch-schlafmedizinische Erklärung liege nicht vor. Eine schlafmedizinische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne nicht attestiert werden. In psychiatrischer Hinsicht bestehe aufgrund der bipolar affektiven Störung eine dauerhafte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 %. Diese setze sich aus einem erhöhten täglichen Pausenbedarf zusammen; eingerechnet seien auch wiederholte Arbeitsausfälle. Insgesamt bestehe in der angestammten sowie allgemein in leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und einigen Ausfalltagen pro Monat. Eine höhergradige Einschränkung lasse sich aufgrund der erhobenen Befunde und der regen Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers (ohne wesentliche Einbusse) nicht begründen (AB 60.1/22 f. Ziff. 6).

**3.1.4** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom Spital M.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. April 2017 (AB 79/2-4) zur Polysomnographie und den Vigilanztests vom 14. und 15. März 2017 namentlich die Diagnosen idiopathische Hypersomnie (ICD-10 G47.4; anamnestisch ohne

Hinweise für ein Narkolepsie Typ 1, ohne Schlafrhythmus-Störung, hingegen schlechte Schlafhygiene, mittlere Einschlaf latenz von fünf Minuten bei multiplen Schlaflatenztests und pathologischer Pupillographie) und Ein- und Durchschlafinsomnie, multifaktoriell (ICD-10 G47.0, F51.0; stark vermehrte Aufwachreaktionen [Hyperarousals], wahrscheinlich im Rahmen der bipolaren affektiven Störung, Nacht-Typ mit dementsprechend späteren Bettgehzeiten). Polysomnographisch hätten weder eine signifikante Schlafapnoe noch eine Rhonchopathie bestätigt werden können. Als Hauptbefund zeige sich eine schwere Ein- und Durchschlafinsomnie, welche jedoch angesichts des aktigraphischen Befundes mit sehr unregelmässigen und vorwiegend späten Bettgehzeiten zu erklären sei. Die Notwendigkeit der CPAP-Therapie müsse in Frage gestellt werden und dürfte sicher für die Tages-schläfrigkeit keinen Nutzen haben. Aufgrund der idiopathischen Hypersomnie müsse eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % angenommen werden. Zudem bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit der genauen Tätigkeit (AB 79/4).

**3.1.5** Im MEDAS-Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 113.1 [Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung]) hielten die Dres. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dipl. psych. Q.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, eine Bipolare-II-Störung (ICD-10 F31.8) und eine nichtorganische Hypersomnie (ICD-10 F51.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine obstruktive Schlafapnoe, periodische Beinbewegungen im Schlaf und ein Verdacht auf leichtes Asthma bronchiale angeführt (AB 113.1/8 Ziff. 4.2).

In psychiatrischer Hinsicht sei der Krankheitsverlauf der Bipolar-II-Störung mit bisher nur zwei stationären Behandlungen (2003, 2017) günstig. Aktuell bestehe ein nahezu remittierter Zustand. Die Stimmung sei geringgradig zum depressiven Pol verschoben; der Antrieb sei nicht reduziert. Die vom Beschwerdeführer berichtete, seit dem 14. Lebensjahr bestehende Hypersomnie sei in der Vergangenheit diagnostisch schwierig einzuordnen gewesen, jedoch sei aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der neue-

ren Unterlagen von einer zusätzlichen Störung im Sinne einer nicht organischen Hypersomnie (ICD-10 F51.1) auszugehen (AB 113.1/4 f.).

Auf dem neurologischen Fachgebiet könne kein Gesundheitsschaden festgestellt werden. Die beschriebene Problematik des Beschwerdeführers, dass er es "nicht zuverlässig schaffe" morgens aufzustehen, sei aufgrund der Anamnese, des neurologischen Befundes und des ansonsten aktiven Tagesablaufes neurologisch nicht erklärbar. Es lägen weder eine idiopathische Hypersomnie noch ein Kleine-Levin-Syndrom oder eine Narkolepsie vor. Die in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten leichten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen im Sinne einer leicht gestörten Daueraufmerksamkeit und verminderter Reaktionsinhibition könnten neurologisch nicht erklärt werden (AB 113.1/5 f.).

In internistischer Hinsicht resultierten aus dem obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom bei der APAP-Therapie mit gutem Einstellungsergebnis keine funktionellen Einschränkungen. Für die psychiatrisch bzw. neurologisch zu würdigende Hypersomnie ergäben sich internistisch keine Hinweise auf eine chronische somatische Erkrankung als Ursache der Tagesmüdigkeit bzw. Tagesschläfrigkeit, insbesondere kein Anhalt für eine chronische Infektion, eine endokrinologische Erkrankung, eine Autoimmunerkrankung oder eine Herz- oder chronische Niereninsuffizienz. Aus dem anamnestisch mehrfach erwähnten Asthma bronchiale resultiere bei selbstständiger Behandelbarkeit mit einem Hub Symbicort keine funktionelle Einschränkung. Schliesslich ergäben sich internistisch aufgrund der sog. „Alkoholmarker“ MCV und GGT im Normalbereich keine Hinweise auf einen schädlichen Alkoholkonsum (AB 113.1/6).

Im Zusammenhang mit der fraglichen diagnostischen Zuordnung der Hypersomnie führten die Gutachter sodann aus, dass gestützt auf die psychiatrische und neurologische Exploration und unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung die Problematik insgesamt durch die psychiatrische Diagnose einer nichtorganischen Hypersomnie (ICD-10 F51.1) abzubilden sei. Diesbezüglich bestehe zwar eine gewisse Diskrepanz zum neurologischen Teilgutachten, wobei jedoch die Diagnosekriterien in den jeweiligen Fachgebieten nicht deckungsgleich seien (AB 113.1/7).

In der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten, eher sachorientierten, abwechslungsreichen Tätigkeit ohne emotionale Belastung, hohen Zeitdruck, Schichtarbeit und sehr unregelmässige Arbeitszeiten sowie ohne die Notwendigkeit einer längerdauernden Überwachung oder Steuerung von Maschinen (vgl. AB 113.1/9 Ziff. 4.5) bestehe bei einer zumutbaren Präsenz von 7.5 Stunden bei einer Leistungsminderung von 20 % gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. In retrospektiver Hinsicht sei davon auszugehen, dass seit dem Verlust der Arbeitsstelle im Frühjahr 2013 aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen im Wesentlichen eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vorgelegen habe. Während der stationären Behandlung bei den psychiatrischen Diensten R. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni bis 31. Juli 2017 (vgl. dazu AB 90/3 Ziff. 11) sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen (AB 113.1/9 f. Ziff. 4.7 f.). Die Einschätzung der gesamthaften Arbeitsfähigkeit von 70 % sei gleich wie diejenige durch die vorangehende Gutachterstelle im Jahr 2016 (AB 113.1/10 Ziff. 4.9).

**3.1.6** In der gutachterlichen Stellungnahme vom 29. November 2019 (AB 127) hielt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ – auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 126) – zu den Einwänden von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2019 (AB 117/2-5) fest, entgegen der Darstellung der behandelnden Psychiaterin sei im Gutachten eine Bipolar-II-Störung aufgrund fehlender manischer Phasen und nicht zufolge des Schweregrades der durchgemachten depressiven Episoden diagnostiziert worden. Ferner bestehe keine ausgewiesene Kontraindikation einer psychopharmakologischen Behandlung mittels Antidepressiva bei einer erneuten depressiven Episode im Rahmen von bipolaren Störungen. Die Indikation sei aber aufgrund des Risikos des Umschlagens in eine (hypo-)manische Phase vorsichtig zu stellen. Die Behandlung durch die psychiatrischen Dienste R. \_\_\_\_\_ im Jahr 2017 sei daher fachgerecht und leitliniengerecht erfolgt. Die Einschätzung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wonach die Hypersomnie eine hohe Arbeitsunfähigkeit begründe und eine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht zulasse, werde nicht geteilt. Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit basiere auf einer interdisziplinären Beurteilung, namentlich unter Berücksichtigung der Beobachtungen und Befunde der neuropsychologischen Begutachtung. Demgegenüber griffen der Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Verfügung stehende klinisch-psychiatrische Ein-

druck und die anamnestischen Angaben zu kurz. Insgesamt ergäben sich weder aus dem Schreiben von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2019 (AB 117/2-5) noch der zusätzlich aufgelegten Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 4. Februar 2019 (AB 117/6-9) neue medizinische Aspekte, die zu einer Neubeurteilung des Krankheitsbildes oder der Arbeitsfähigkeit Anlass geben könnten.

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2020 (AB 131) im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 113.1) sowie die gutachterliche Stellungnahme vom 29. November 2019 (AB 127). Sowohl das MEDAS-Gutachten als auch die ergänzenden gutachterlichen Ausführungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsmedizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihnen volle

Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet sowie überzeugend dargestellt. Dabei gingen die Gutachter insbesondere ausführlich auf die im Längsverlauf bestandenen diagnostischen Unsicherheiten und die auch im MEDAS-Gutachten bestehende teilweise diagnostische Diskrepanz hinsichtlich der Hypersomnie ein (vgl. AB 113.1/7). Dieses transparente Vorgehen, namentlich das begründete Offenlegen der fortwährenden Unsicherheiten respektive diagnostischen Abweichungen hinsichtlich der korrekten und angemessenen diagnostischen Abbildung der sich aus der Hypersomnie ergebenden funktionellen Einschränkungen, spricht – entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (vgl. Beschwerde, S. 4) – nicht gegen die fachliche Kompetenz der beteiligten Gutachter (vgl. dazu E. 3.3.3 hiernach), sondern vielmehr ganz grundsätzlich für den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens und insbesondere auch des psychiatrischen Teilgutachtens (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Juni 2016, 9C\_614/2015, E. 5.1 und vom 27. Juni 2016, 8C\_261/2016, E. 4; SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 24 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang ist sodann darauf hinzuweisen, dass es invalidenversicherungsrechtlich ohnehin regelmässig nicht auf die (genaue) Diagnose ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (statt viele: Entscheid des BGer vom 28. Mai 2019, 9C\_867/2018, E. 5.2.1). Hierzu nahmen die Gutachter denn auch fundiert Stellung. Was der Beschwerdeführer gegen das MEDAS-Gutachten vorbringt verfängt nicht, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

**3.3.2** So zeigten die MEDAS-Gutachter in somatischer Hinsicht schlüssig und begründet auf, dass das seit Februar 2012 diagnostisch nachgewiesene (vgl. AB 12/22) obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom mittels gut eingestell-

ter APAP-Therapie, wenn auch bei vormals unzureichender Therapie-Compliance (vgl. AB 12/9 ff., 18, 39/4 ff., 60.2/10 f.), zu keiner relevanten Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit führt (vgl. AB 113.1/6, 113.1/8 Ziff. 7.1, 113.4/10 und 12 Ziff. 6 und 7.4). Dies steht zudem in Übereinstimmung mit den Befunden im bidisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2016 (AB 60.1/22 Ziff. 6). Weiter legte die neurologische Gutachterin gestützt auf die klinischen Befunde, die anamnetischen Angaben und unter Berücksichtigung der Befunde der neuropsychologischen Begutachtung sowie in Übereinstimmung mit der Einschätzung im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 22. Januar 2016 (vgl. AB 60.1/18 f.) dar, dass die Hypersomnie-Problematik – beim Beschwerdeführer, der auch Auto fährt – diagnostisch nicht als idiopathische Hypersomnie eingeordnet werden könne und auch ansonsten auf dem neurologischen Fachgebiet kein Gesundheitsschaden objektiviert werden könne (vgl. auch AB 113.1/7). Damit besteht auf dem somatischen Gebiet insgesamt kein anspruchsbegründender Gesundheitsschaden, der eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als ... bzw. ... oder einer vergleichbaren sachorientierten und abwechslungsreichen Tätigkeit zur Folge hätte.

**3.3.3** Im psychiatrischen Teilgutachten stützte sich Dr. med. N. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der gestellten Diagnosen sowie der daraus gefolgerten Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit namentlich auf eine einlässliche klinische Untersuchung als wichtigste Grundlage (statt vieler: BGer, 9C\_867/2018, E. 5.2.1, und Entscheid des BGer vom 14. Mai 2019, 9C\_190/2019, E. 3.1, je mit Hinweisen), die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (vgl. AB 113.2/3 ff.), die zusätzlich veranlassten neuropsychologischen sowie laborchemischen Erhebungen (vgl. AB 113.2/9 i.V.m. 113.5 und 113.6), eine eingehende Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten (vgl. AB 113.2/12 ff. Ziff. 7.3) sowie eine fundierte psychiatrisch-neurologische Differentialdiagnostik betreffend die Hypersomnie (AB 113.1/7, vgl. auch AB 113.2/10 Ziff. 6 bzw. 113.2/15 Ziff. 7.4; so bereits in E. 3.3.1 hiervor). Weiter setzte sich Dr. med. N. \_\_\_\_\_ sowohl im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens (vgl. AB 113.2/12 ff. Ziff. 7.3) wie auch in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 29. November 2019 (AB 127) vertieft und überzeugend begründet mit den

divergierenden Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. Dipl.-Mot. F. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 117/2-5) auseinander.

Aus den früheren Arztberichten bzw. dem sinngemässen Einwandschreiben von Dr. med. Dipl.-Mot. F. \_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2019 (AB 117/2-5) sind demgegenüber keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte zu entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Insoweit ergeben sich keine Hinweise, wonach die psychiatrische Begutachtung nicht lege artis erfolgt wäre bzw. die begründete Zweifel an deren Vollständigkeit und Schlüssigkeit zu wecken vermöchten. Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Gutachter bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen gewissen Ermessensspielraum verfügen (Entscheid des BGer vom 7. Mai 2019, 9C\_740/2018, E. 5.2.3 mit Hinweis), wobei Dr. med. N. \_\_\_\_\_ die attestierte Reduktion des Präsenzpensums sowie die beschriebene Einschränkung des Rendements von 20 % infolge vermehrten Pausenbedarfs sowie einer allgemeinen Leistungsminderung, mithin einer Arbeitsfähigkeit von 70 % entsprechend, sowohl im Begutachtungszeitpunkt wie auch im zeitlichen Verlauf (vgl. AB 113.2/15 Ziff. 7.4) schlüssig und in Übereinstimmung mit der früheren gutachterlichen Beurteilung vom 22. Januar 2016 (vgl. AB 60.1/19 f. Ziff. 4.6 und 6) darlegte.

Weiter steht die fachliche Befähigung der beteiligten Gutachter (vgl. die Facharztqualifikationen in E. 3.1.3 in initio hiervor) und im Speziellen von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, welcher ausweislich des Eidgenössischen Medizinalberuferegisters über einen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. <<https://www.medregom.admin.ch/>>; Anerkennung durch die Schweiz am ... 2012), – entgegen der Unterstellung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 4) – selbst wenn es sich um ein eher seltenes psychiatrisches Krankheitsbild handeln sollte (vgl. AB 113.2/15 Ziff. 7.4) ausser Frage. Hierzu ist zudem die höchstrichterliche Rechtsprechung in Erinnerung zu rufen, wonach Gutachter nicht zwingend eine FMH-Ausbildung absolviert haben müssen, sondern eine entsprechende ausländische Fachausbildung ebenfalls genügt (Entscheid des BGer vom 18. April 2019, 9C\_669/2018, E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Unter diesen Umständen sind die Einschätzungen und Schlussfolgerungen von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ überzeugend und nicht zu beanstanden. Angesichts der ausgewiesenen hohen Arbeitsfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten als ... bzw. anderen angepassten Tätigkeiten und mit Blick auf die diesbezüglichen gutachterlichen Ausführungen (vgl. AB 113.1/4 ff. Ziff. 4) erübrigt sich sodann die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 und 143 V 209 aus rechtlicher Sicht (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 369; Entscheid des BGer vom 6. November 2018, 8C\_445/2018, E. 5.5). Denn eine höhere Arbeitsfähigkeit als die psychiatrisch-gutachterlich attestierte kann aus einer Indikatorenprüfung ohnehin nicht resultieren (Entscheid des BGer vom 14. April 2020, 8C\_783/2019, E. 4.1.4 mit Hinweisen).

**3.4** Dem Voranstehenden zufolge bilden das MEDAS-Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 113.1 [Konsensbeurteilung]) bzw. die entsprechenden Teilgutachten (AB 113.2-113.6) sowie die ergänzende psychiatrische Stellungnahme vom 29. November 2019 (AB 127) für den anspruchrelevanten medizinischen Sachverhalt eine zuverlässige medizinische Grundlage, weshalb auf die gutachterlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit abzustellen ist. Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2). Der Beschwerdeführer ist somit seit der Kündigung der letzten Arbeitsstelle als .../... im April 2013 (vgl. AB 8/2 f. und 10) in der angestammten bzw. einer angepassten, das heisst sachorientierten und abwechslungsreichen Tätigkeit (vgl. AB 113.1/9 Ziff. 4.5) – mit Ausnahme der kurzzeitig vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit für die Dauer der stationären Behandlung bei den psychiatrischen Diensten R.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni bis 31. Juli 2017 (vgl. dazu AB 113.7/8 f.) – durchschnittlich bei einer Präsenz von 7.5 Stunden und einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs, mithin gesamthaft 70 % arbeitsfähig (AB 113.1/19 f. Ziff. 4.7-4.9).

#### 4.

**4.1** Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Juni 2013 (AB 2), weshalb ein Rentenanspruch unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs.1 IVG (vgl. E. 2.3 hiervor) frühestens ab dem 1. Dezember 2013 entstanden sein könnte. Entsprechend müsste in diesem Zeitpunkt während (mindestens) eines Jahres, das heisst vom 1. Dezember 2012 bis 30. November 2013, eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben (sog. Wartejahr; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Indes betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als ... – mit Ausnahme der vorübergehend vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit für die Dauer der stationären Behandlung bei den psychiatrischen Diensten R.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni bis 31. Juli 2017 – seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle im April 2013 durchwegs 30 % (AB 113.1/9 Ziff. 4.7; siehe ferner E. 3.4 hiervor). Insoweit besteht zufolge der vorerst nicht erfüllten kumulativen Anspruchsvoraussetzung einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres (vgl. E. 2.3 hiervor) bis zur stationären Behandlung im Sommer 2017 von vornherein kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. zu den verschiedenen Funktionen dieser Frist: BGE 142 V 547 E. 3.2 S. 550 f.; vgl. ferner Rz. 2008 ff. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Stand: 1. Januar 2018). Demgegenüber wurde mit der 54 Tage dauernden stationären Behandlung (8. Juni bis 31. Juli 2017; vgl. AB 90/2-4, 113.1/9 Ziff. 4.7) und der dadurch bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowie unter Berücksichtigung der vorangegangenen 30%igen Arbeitsunfähigkeit – nach Tagen berechnet (vgl. dazu Rz. 2017 f. KSIH) – eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40.35 % ( $(54 \times 100 \% + 311 \times 30 \%) / 365$ ) erreicht und damit die Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG knapp erfüllt. Dementsprechend ist per August 2017 ein Einkommensvergleich durchzuführen.

#### 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). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53).

Für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung müssen praxisgemäss konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. So dann genügen bloss Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. Vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen, durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein (SVR 2018 IV Nr. 48 S. 153 E. 4.2, 2017 BVG Nr. 9 S. 38 E. 2.2.2, IV Nr. 4 S. 9 E. 4.4.3, 2010 UV Nr. 13 S. 52 E. 4.1).

**4.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C\_64/2019, E. 6.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

### **4.3**

**4.3.1** Hinsichtlich des Valideneinkommens ist festzustellen, dass die vor-malige Anstellung des Beschwerdeführers im erlernten Beruf als ... bei der S.\_\_\_\_\_ AG vom 1. September 2009 bis 31. Dezember 2011 gemäss Angaben der Arbeitgeberin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde (vgl. AB 42/2 Ziff. 2, 42/9 f.). In der nachfolgenden Beschäftigung bei dipl. T.\_\_\_\_\_ zwischen Januar 2012 und Ende April 2013 entsprach die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers im Rahmen der begonnenen Umschulung zum ... bereits nicht mehr dem ausbezahlten Lohn (vgl. AB 8/3 Ziff. 2.10). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen auf das zuletzt in der angestammten Tätigkeit als ... bei der S.\_\_\_\_\_ AG im Jahr 2011 erzielte monatliche Einkommen von Fr. 5'172.-- (vgl. AB 42/3 Ziff. 2.10) abstellte. Dabei gilt es aber zu beachten, dass gemäss Art. 18 Abs. 1 des allgemeinverbindlichen (vgl. BBI 2010 8563) im Jahr 2011 geltenden Gesamtarbeitsvertrags für das ...gewerbe (<[https://www...\\_GAV.pdf](https://www..._GAV.pdf)>; Aufruf vom 9. Juli 2020) der Angestellte Anspruch auf einen 13. Monatslohn hat, was in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2020 (vgl. AB 131/2) nicht berücksichtigt wurde. Das Einkommen ist zudem branchenspezifisch (NOGA-Code ... im ...; vgl. <<https://www...>>) auf das Jahr 2017 (vgl. E. 4.1.3 hier-vor) zu indexieren (BfS, Nominallohnindex, Männer, 2011-2019, C 10-33

Verarbeitendes Gewerbe/ Herstellung von Waren: 100.9 [2011] bzw. 104.9 [2017]). Dementsprechend ist das Valideneinkommen auf Fr. 69'901.-- (Fr. 5'172.-- x 13 x 104.9 / 100.9) festzusetzen.

Soweit der Beschwerdeführer demgegenüber geltend macht, dass er im hypothetischen Gesundheitsfall – in der Schweiz – als ausgebildeter ... arbeiten würde, ist ihm nicht zu folgen. Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Juli 1997 die Ausbildung zum ... mit Berufsmaturität abschloss (AB 122/4). Im Anschluss arbeitete er zuerst während rund eines Jahres als selbstständiger ... und war danach im Wesentlichen als ... in unselbstständiger Beschäftigung erwerbstätig. Für das Wintersemester 2002/2003 war der Beschwerdeführer an der Universität Bern als ... eingeschrieben (vgl. AB 122/2; Beschwerde, S. 4). Er brach das Studium indes bereits nach einem Monat wieder ab. Hierzu gab er anlässlich der Anamnese im Rahmen der erstmaligen stationären Behandlung vom 15. August bis 19. September 2003 in der Privatklinik U. \_\_\_\_\_ an, der ... gefalle ihm eigentlich, jedoch nur, wenn er selbstständig sei. Am besten habe er sich in der Behindertenwerkstatt gesehen, wo er zwischen November 1998 und April 1999 ein Praktikum absolviert habe (vgl. AB 13/2, 113.7/4 f.). Zwischen Oktober 2003 und April 2007 lebte der Beschwerdeführer in ..., wo er zuerst als Volontär in der ... in einem ... und anschliessend – nach einer Kurzausbildung in ... – in einer ... als ...- und ... tätig (vgl. AB 13/2 f., 60.1/7, 113.7/4, 113.2/5). Nach seiner Rückkehr in die Schweiz arbeitete der Beschwerdeführer bis Ende April 2013 wiederum hauptsächlich als ... (AB 13/2), ohne dass erkennbare Bemühungen um eine erneute Aufnahme der ... ersichtlich wären. Angesichts der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers und dem Umstand, dass er das Studium zum ... bereits nach rund einem Monat wieder abbrach und anschliessend in seinen angestammten Beruf zurückkehrte und auch nach seiner Rückkehr in die Schweiz keine Ausbildungsbemühungen ersichtlich sind, bestehen keine hinreichenden konkreten Anhaltspunkte (vgl. E. 4.2.1) für die vorgebrachte berufliche Weiterentwicklung, welche überwiegend wahrscheinlich erstellt sein müsste. So hielt auch der Beschwerdeführer – bereits zu diesem Zeitpunkt rechtskundig vertreten – im Rahmen des ersten Vorbescheidverfahrens im Einwand vom 19. Mai 2016 (AB 66/3 Ziff. 3) explizit fest, dass das Abstellen auf den zuletzt als ... bei der S. \_\_\_\_\_ AG

erzielten Verdienst nicht zu beanstanden sei. Gleichzeitig wies er zu Recht auf die unterbliebene Berücksichtigung des 13. Monatslohnes hin. Soweit er nunmehr und im Widerspruch zu seinen vormaligen Angaben eine berufliche Weiterentwicklung hin zum ... und damit ein wesentlich höheres Valideneinkommen geltend macht (vgl. AB 122/2; Beschwerde, S. 4 f.), sind diese nachträglichen Darstellungen offensichtlich von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47) und vermögen daher nicht zu überzeugen.

**4.3.2** Da der Beschwerdeführer weder im massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 4.1.3 hiervor) noch zu einem anderen Zeitpunkt bis zur angefochtenen Verfügung vom 22. April 2020 (AB 131) als verfahrensmässigen Abschluss des vorliegend zu beurteilenden Sachverhaltes (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit ausschöpfte, ist das Invalideneinkommen unbestrittenmassen aufgrund der LSE-Tabellenlöhne zu ermitteln. Ausgehend vom gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (vgl. AB 113.1/9 Ziff. 4.5) ist dabei – wie üblich (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C\_534/2019, E. 5.2 mit Hinweisen) – der Totalwert des Durchschnittslohns im gesamten privaten Sektor im untersten Kompetenzniveau, mithin Fr. 5'340.-- (LSE 2016, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) heranzuziehen. Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalarbeitszeit von 41.7 Stunden (BfS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2017) und der Indexierung auf das Jahr 2017 (BfS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2018, Total: 104.1 [2016] bzw. 104.6 [2017]) sowie angepasst an die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 % (vgl. E. 3.4 hiervor) ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 46'986.-- (Fr. 5'340.-- x 12 / 40.0 x 41.7 / 104.1 x 104.6 x 0.7).

Der Beschwerdeführer beantragt, es sei beim Invalideneinkommen aufgrund der Notwendigkeit selbstgestalteter Pausen und dem eingeschränkten Erwerbsspensum in einer angepassten Tätigkeit ein Abzug vom lohnstatistischen Invalideneinkommen von 10 % vorzunehmen (Beschwerde, S. 5 Ziff. 3). Dazu ist festzuhalten, dass die gesundheitlichen Einschränkungen

und ausdrücklich auch ein vermehrter Pausenbedarf bereits im medizinische Zumutbarkeitsprofil Eingang fanden (vgl. AB 113.1/10 Ziff. 4.9, 113.2/15 Ziff. 7.4) und damit nicht in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen darf, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Unter dem Titel des Beschäftigungsgrades ist zu berücksichtigen, dass bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 grundsätzlich anerkannt ist, wenn auch ein derartiger Abzug nach neuer Rechtsprechung nicht mehr automatisch vorzunehmen ist (Entscheid des BGer vom 8. Mai 2018, 8C\_211/2018, E. 4.4 mit Hinweisen). Zur Beantwortung der Frage, ob ein Abzug infolge Teilzeitarbeit zu gewähren ist, ist sodann praxisgemäss die LSE-Tabelle T18 heranzuziehen (Entscheid des BGer vom 15. April 2020, 9C\_782/2019, E. 3.2). Daraus ist ersichtlich, dass Männer ohne Kaderfunktion in einer Teilzeittätigkeit zwischen 50 % und 74 % lohnstatistisch ein proportional lediglich geringfügig tieferes monatliches Durchschnittseinkommen erzielen als vollzeitig Erwerbstätige (vgl. BfS, T18 Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Schweiz 2016, Ohne Kaderfunktion, Männer, Teilzeit [50 % - 74 %]), weshalb unter diesem Gesichtspunkt kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist. Weitere Umstände, die einen Abzug zu rechtfertigen vermöchten, sind nicht ersichtlich. So kann insbesondere nach der Gerichtspraxis in der Regel eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (Entscheid des BGer vom 31. August 2018, 8C\_327/2018, E. 3.5) und im Übrigen wurde dies bereits bei der attestierten 30%igen Einschränkung mit berücksichtigt. Schliesslich bildet auch das allfällige Risiko vermehrter Absenzen aus gesundheitlichen Gründen praxisgemäss nicht ein eigenständiges Abzugskriterium (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, E. 6.2.2). Damit hat es beim lohnstatistisch ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 46'986.-- sein Bewenden.

**4.3.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert pro August 2017 (vgl. E. 4.1.3 hiervoor) eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'915.-- (Fr. 69'901.-- ./ Fr. 46'986.--), entsprechend einem rentenaus-

schliessenden (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) Invaliditätsgrad von gerundet 33 % (32.78 %; zur Rundungspraxis vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Die Beschwerdegegernerin verneinte daher mit der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2020 (AB 131) einen Rentenanspruch zu Recht. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Der Beschwerdeführer beantragt mit Eingabe vom 25. Mai 2020 die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege für die Verfahrenskosten (vgl. fern Verfügung vom 27. Mai 2020, Dispositiv-Ziff. 1).

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

**5.3** Die prozessuale Bedürftigkeit ist aufgrund der eingereichten Unterlagen (Beschwerdebeilage 8) erwiesen. Namentlich geht daraus hervor, dass der Beschwerdeführer gemäss der Auszahlungsabrechnung für den Monat April 2020 der Sozialdienste der Gemeinde V.\_\_\_\_\_ substantiell von der Sozialhilfe unterstützt wird. Die Beschwerde ist sodann nicht als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren. Demnach ist antragsgemäss für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege für die Verfahrenskosten zu bewilligen.

## **6.**

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesen Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich

bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.3 hiervor) wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten 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. Zu eröffnen (R):

- B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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