

200 21 97 IV
SCI/LUB/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Oktober 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene, aus ... stammende A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. September 2018 unter Hinweis auf eine mittelgradig depressive Episode, ein Ellbogentrauma, Migräne, eine Peroneusparesse, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom und ein subacromiales Impingement der rechten Schulter bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C. _____ (MEDAS; act. II 23, 33.1-9). Mit Vorbescheid vom 18. November 2019 (act. II 36) stellte sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 39, 47, 51) holte die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 66) und verneinte mit Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. II 67) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 29. Januar 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, Beschwerde. Er stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2020 sei aufzuheben.
2. Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers sei auf mindestens 40 % anzusetzen.
3. Eventualiter: Es sei die Beschwerdegegnerin anzuhalten, dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen (z.B. eine Umschulung) zu gewähren.
4. Subeventualiter: Es seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen.
5. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung einer amtlichen Rechtsanwältin zu erteilen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 15. Dezember 2020 (act. II 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente. Soweit eventualiter berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragt werden (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 3), wurde darüber in der angefochtenen Verfügung nicht entschieden, womit es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Folglich ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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). 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). 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).

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

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren

sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen.

3.1.1 Im Bericht des Zentrums D. _____ vom 30. Mai 2016 (act. II 15 S. 70-72) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, eine Peroneusneuropathie am Fibulaköpfchen links und einen Status nach Treppensturz am 7. Januar 2015 (S. 70). Der Verlauf betreffend Treppensturz sei erfreulich. Zum Zeitpunkt der Untersuchung fände sich ein normaler Kopf-/Hirnnervenstatus. Die EEG-Untersuchung zeige weder eine herdförmige Störung noch Zeichen erhöhter Anfallsbereitschaft. Von diesbezüglicher Seite könne von einer Restitutio ad integrum ausgegangen werden (S. 71). Bei den episodisch heftigen tendenziell eher linksseitigen Kopfschmerzen dürfte es sich um eine Migräne handeln. Bei der akut auftretenden Fussheberschwäche auf der linken Seite handle es sich um eine Peroneusparese. Neurographisch zeige sich ein Nervenleitungsblock an der typischen Engstelle am Fibulaköpfchen. Bereits durchgeführt worden sei eine Bildgebung der LWS, welche einen normalen Befund gezeigt habe. Eine Radikulopathie L5 sei ausgeschlossen worden (S. 72).

3.1.2 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals F. _____ über die Konsultationen vom 13. und 27. November 2017 (act. II 16 S. 9-12) diagnostizierte PD Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), den Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) und eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei Verdacht auf ein Impingement-Syndrom der Schulter. Grundsätzlich seien die beschriebenen Symptome grösstenteils mit der Depression erklärbar. Anamnestisch bestehe der Ver-

dacht auf eine symptomatische Epilepsie mit wiederholten Bewusstseinsverlusten. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf fokale Anfälle im Sinne eines Temporallappenanfalls sowie Derealisationsepisoden (S. 11).

3.1.3 Im Bericht der Abteilung H. _____ des Spitals F. _____ vom 24. Januar 2018 (act. II 15 S. 25 f.) nannte Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose belastungsabhängige Schulterbeschwerden rechts mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung bei partieller Schultersteife, subacromialem Impingement-Syndrom, klinisch Ansatz tendonopathie der Supraspinatussehne rechts mit Status nach subacromialer Mischinfiltration der rechten Schulter vom 6. November 2017 und zurzeit oraler Cortison-Stufentherapie (S. 25).

3.1.4 Im Bericht der Abteilung J. _____ des Spitals F. _____ vom 2. März 2018 (act. II 15 S. 23 f.) diagnostizierte Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie, eine zehn Jahre alte Ruptur des ulnaren Seitenbandes am Grundgelenk Dig. I rechts im Sinne einer Stener-Läsion mit persistierender Instabilität und grotesker Achsabweichung des Daumens bei Belastung mit Status nach Rekonstruktion des ulnaren Seitenbandes Dig. I rechts mit hälftiger Palmarissehne vom gleichseitigen Handgelenk am 13. Juli 2017. Insgesamt bestünden ein etwas gelockertes Transplantat nach der Rekonstruktion und gebesserte Verhältnisse im Vergleich zum Zustand vor der Operation vom 13. Juli 2017. Aktuell sei der Daumen noch etwas schwach. Die Beschwerden seitens der Schulter stünden im Vordergrund. Die Behandlung werde abgeschlossen (S. 24).

3.1.5 Im vertrauensärztlichen Bericht vom 26. März 2018 (act. II 5) führte Dr. med. L. _____, Facharzt für Prävention und Public Health, zuhänden des Sozialdienstes aus, schon nur aus psychiatrischer Sicht (mittelgradige Depression und Verdacht auf ein posttraumatisches psychoorganisches Syndrom) bestehe zurzeit keine Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung der künftig noch möglichen Arbeitsfähigkeit könne erst zum Thema werden, wenn klare Diagnosen auf dem Tisch lägen, darauf ausgerichtete intensive Therapien mit guter Compliance hätten durchgeführt werden können und es dem Beschwerdeführer gelungen sei, aus seinem gegenwärtig tiefen Loch

herauszukommen. Die aufgrund des klinischen Bildes im Vordergrund stehende Verdachtsdiagnose eines psychoorganischen posttraumatischen Syndroms sollte mit weiteren Untersuchungen untermauert oder aber überzeugend verworfen werden (S. 14).

3.1.6 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 18. September 2019 (act. II 33.1) wurden interdisziplinär mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und beginnende arthrotische Veränderungen beider AC-Gelenke diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Präadipositas, ein Cannabis-Konsum (S. 16), ein möglicher schädlicher Alkoholkonsum, ein Suclus-ulnaris-Syndrom links mit sensiblen Störungsbefunden (ICD-10 G56.2), eine Läsion des Nervus radialis rechts mit sensiblen Störungsbefunden (ICD-10 G56.3), eine Läsion des Nervus peroneus links mit sensiblen Störungsbefunden (ICD-10 G57.3), eine Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.1 [recte wohl: G43.0]), myofasziale Triggerpunkte im Bereich des Musculus trapezius beidseits, eine Instabilität des ulnaren Seitenbandes MCP-I-Gelenk rechts bei Status nach Bandrekonstruktion 2017 sowie einer geringen Daumengrundgelenksarthrose beidseits und eine Agoraphobie mit Vermeidungsverhalten ohne Auftreten von Panikattacken (ICD-10 F40.0; S. 17). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage insgesamt 60 % bis Ende 2019 und 80 % ab Anfang 2020 (Innere Medizin, Neurologie und Neuropsychologie je 100 %, Orthopädie 80 %, Psychiatrie 80 % bis Ende 2019). In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit insgesamt 80 % bis Ende 2019 und 100 % ab Anfang 2020 (Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Neuropsychologie je 100 %, Psychiatrie 80 % bis Ende 2019). Eine dauerhafte additive Zusammenziehung von Teilarbeitsunfähigkeiten ergebe sich nicht, da die psychiatrisch bedingte Minderung des Rendements als reversibel (spätestens per Ende 2019) anzusehen sei (S. 19).

In internistischer Hinsicht ergäben sich keine Hinweise auf Erkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit als ... einschränkten. Für die anamnestisch reklamierte hohe Schmerzintensität habe im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat bestanden (act. II 33.2 S. 41).

In neurologischer Hinsicht habe sich das Sulcus-ulnaris-Syndrom links nach den Unfällen von 2014/15 entwickelt und sich aktuell partiell zurückgebildet; es verblieben leichte sensible Störungsbefunde im Versorgungsgebiet des linken Ulnarnervs. Die Peroneusläsion links habe sich im Zeitverlauf wesentlich zurückgebildet und verursache derzeit keine namhaften Fähigkeitsdefizite. Die Nervenläsion am rechten Handgelenk (im Versorgungsgebiet des Nervus radialis superficialis) zeige nach Darstellung des Beschwerdeführers bislang keine wesentliche Verbesserung, wobei diese im weiteren Verlauf zu erwarten sei. Die Behandlungsoptionen des migräneartigen Kopfschmerzes seien noch nicht ausgeschöpft. Eine wesentliche Alltagsbeeinträchtigung sei nach Angaben des Beschwerdeführers nicht erkennbar (act. II 33.3 S. 44). Die vorgebrachten Beschwerden seien nicht mit den objektiven Befunden der nervalen Läsion in Einklang zu bringen. Es fänden sich insbesondere keine Paresen oder neuropathische Reizzeichen der vorgeschädigten Nerven (act. II 33.3 S. 45).

In orthopädischer Hinsicht lasse sich die Beeinträchtigung des rechten Daumens im Kontext der erneuten ulnaren Bandinstabilität im MCP-I-Gelenk verstehen, jedoch bestehe klinisch keine namhafte Einschränkung der Funktion des rechten Daumens und damit auch aller Griffformen. Die geklagten Missempfindungen im Bereich beider Unterarme und Hände liessen sich im Kontext eines myofaszialen cervicobrachialen Schmerzsyndroms verstehen, dieses lasse sich regelhaft durch adäquate Physiotherapie positiv beeinflussen. Für die geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden und die demonstrierte Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk fänden sich kein ausreichend erklärendes klinisches und bildmorphologisches Korrelat (act. II 34.4 S. 43). Die bildmorphologisch nachgewiesenen, klinisch jedoch nicht relevanten degenerativen Veränderungen im Bereich beider Daumengrundgelenke sowie beider Acromioclaviculargelenke rechtfertigten die Empfehlung, Arbeiten mit häufigen Überkopftätigkeiten sowie dauerhaft schwere Arbeiten eher zu meiden. Für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten unter Auslassung repetitiver Überkopparbeiten lasse sich eine Limitation der Arbeitsfähigkeit nicht begründen (act. II 34.4 S. 45).

In psychiatrischer Hinsicht lasse sich allenfalls eine zeitlich limitierte partielle Minderung der Arbeitsfähigkeit ableiten, zumal auch die wesentlichen Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft seien (act. II 33.5 S. 41, 43). Aktuell sei von leichten Einschränkungen des Anpassungs- und Umstellungsvermögens und einem etwas erhöhten Pausenbedarf auszugehen. Der Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom lasse sich aktuell nicht bestätigen, typische Symptome, die nicht auch dem depressiven Spektrum zuzurechnen seien, seien nicht geschildert worden (act. II 33.5 S. 42). Die getroffene Einschätzung dürfe retrospektiv zumindest seit der letzten Stellungnahme des behandelnden Psychiaters im Oktober 2018 gelten. Unter leitliniengerechter Therapieführung sei eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit spätestens per Ende 2019 zu erwarten (act. II 33.5 S. 45 f.).

In neuropsychologischer Hinsicht belegten die objektiven Befunde keine namhafte Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Für die reklamierten Beschwerden finde sich kein ausreichendes objektives Korrelat und die Symptomvalidierung ergebe einen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten. Es bestünden deutliche Hinweise für eine Aggravation (act. II 33.6 S. 45).

3.1.7 Im Sprechstundenbericht der Klinik M._____ des Spitals F._____ vom 13. Januar 2020 (act. II 47 S. 5-7) führte Dr. med. N._____, Facharzt für Anästhesiologie, aus, dass neu erhobene pathologische Befunde in den von der MEDAS in Auftrag gegebenen bildgebenden Untersuchungen nicht nach den Regeln der Kunst beurteilt und abgeklärt worden seien. Dies betreffe vor allem das neurologische Teilgutachten. Bei unvollständiger klinischer Untersuchung im Hinblick auf die angegebenen Schmerzen der rechten Armachse bis zur Hand (keine algesiologische Untersuchung) sei darin unzulässig eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, obwohl in der MRI-Befundung eine zu den Beschwerden passende Bedrängnis der Nervenwurzel C6 rechts durch eine neuroforaminale Enge beschrieben sei. Anstatt die logische Schlussfolgerung einer nach 2017 neu aufgetretenen neuroforaminalen Enge zu ziehen und dies klinisch, wie auch neurophysiologisch abzuklären, habe der Gutachter darauf verzichtet. Darüber hinaus sei eine handchirurgische Neubeurteilung

des Instabilitätsgefühls im rechten Metacarpophalangealgelenk zweieinhalb Jahre postoperativ indiziert (S. 6).

3.1.8 Im Bericht der Abteilung J. _____ des Spitals F. _____ vom 23. März 2020 diagnostizierte Dr. med. K. _____ Schmerzen im Bereich des Daumens rechts und Schulter rechts mit persistierender Instabilität des ulnaren Seitenbandes trotz der Rekonstruktion mit hälftiger Palmarissehne vom gleichseitigen Handgelenk vom 13. Juli 2017 (act. II 51 S. 3). Die beginnende Arthrose im Grundgelenk des Daumens, die persistierende Instabilität trotz der Rekonstruktion des Seitenbandes 2017 und die deutliche Schmerzhaftigkeit beim Belasten der Hand sprächen für die Arthrodese des Daumengrundgelenks. Der Beschwerdeführer könne sich leider zu keinem operativen Eingriff entschliessen (S. 4).

3.1.9 Eine MRI der LWS vom 17. August 2020 (act. II 60 S. 3) ergab eine minime Osteochondrose BWK12/LWK1 mit diskretem Reizzustand. Es liege keine wesentliche Befundänderung zu 2016 vor. Eine MRI des linken Ellbogens vom 19. August 2020 (act. II 60 S. 2) zeigte ein subkortikales intraossäres Ganglion (3 mm) dorsal im Capitulum humeri links mit angrenzendem radiärem Knorpeldefekt als mögliches Korrelat für die klinische Beschwerdesymptomatik.

3.1.10 Der RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (...), führte in seiner Stellungnahme vom 23. November 2020 (act. II 66) aus, anhand des weiteren Krankheitsverlaufs sei deutlich geworden, dass möglicherweise ein Ganglion im Bereich der linken oberen Extremität die Beeinträchtigung erkläre. Eine Entfernung des Ganglions sei bisher nicht erfolgt. Es handle sich daher nicht um einen austherapierten Zustand. Es fänden sich darüber hinaus keine wesentlichen Divergenzen hinsichtlich der Funktionalität, wie sie im neurologischen und auch orthopädischen Gutachten der MEDAS beschrieben worden seien. Auch die Beeinträchtigungen bei beginnender Arthrose im Grundgelenk des Daumens seien aus medizinischer Sicht durch eine Arthrodese behebbar. Zu einem solchen Eingriff habe sich der Beschwerdeführer bisher nicht entschliessen können. Auch diesbezüglich handle es sich daher nicht um einen Endzustand. Aus diesem Grunde verbleibe es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wie diese im orthopädischen Gutachten der MEDAS ausgeführt

worden sei. Zusammenfassend ergäben sich aufgrund der neu vorgelegten Befundberichte keine hinreichenden medizinischen Anknüpfungstatsachen, die eine andere Bewertung der im MEDAS-Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe (S. 3).

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 aufgrund 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 Beweismündigung 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 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 18. September 2019 (act. II 33.1) – basierend auf einer internistischen, neurologischen, orthopädischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung (inkl. neuropsychologischer Testung; act. II 33.2, 33.3, 33.4, 33.5, 33.6) – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hier vor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollzieh-

bar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. act. II 33.1). Insoweit kommt dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 Die Experten haben den in den Vorakten postulierten Konnex zwischen einer Hirnschädigung und den psychischen Beschwerden nachvollziehbar verneint. Sie konnten in der durchgeführten bildgebenden Abklärung des Kopfes keine Hirngewebeschädigung finden und hielten fest, dass die Formulierung "Hirnverletzung" insofern nicht korrekt sei, als eine Hirngewebeschädigung weder seinerzeit noch aktuell (anhand der aktuellen Bildgebung) belegt worden sei. Namhafte traumatische Hirngewebeschädigungen hinterliessen in aller Regel dauerhafte bildmorphologische Läsionszeichen, sodass das Fehlen derartiger Zeichen gegen eine jemals stattgehabte gravierende Hirnverletzung mit dauerhaften Folgen spreche (act. II 33.1 S. 9 f.). Der psychiatrische Gutachter führte hierzu einleuchtend aus, dass die im Rahmen der depressiven Symptomatik zu Beginn bestehenden ausgeprägten Konzentrationsstörungen, die Antriebsstörung, die fehlende Tagesorganisation sowie die diffusen Ängste sich im weiteren Verlauf deutlich rückgängig gezeigt hätten, was auch der aktuelle Befund belege und bei einer hirnorganischen Störungsgenese nicht zu erwarten gewesen wäre (act. II 33.5 S. 42). Dies korreliert denn auch mit der zeitnahen Feststellung des behandelnden Neurologen vom 30. Mai 2016, wonach hinsichtlich des Treppensturzes eine Restitutio ad integrum, also eine vollständige Heilung bestanden habe; im Untersuchungszeitpunkt stellte er einen normalen Kopf-/Hirnnervenstatus fest und die EEG-Untersuchung zeigte weder eine herdförmige Störung noch Zeichen erhöhter Anfallsbereitschaft (act. II 15 S. 71).

Die Experten konnten die vorgebrachten Beschwerden im Rahmen ihrer Beurteilungen nicht bzw. nur bedingt mit den objektiven Befunden erklären (act. II 33.2 S. 41, 33.3 S. 45, 33.4 S. 44, 33.5 S. 44, 33.6 S. 45 jeweils Ziff. 7.3). Nachvollziehbar wiesen sie auf inkonsistentes Verhalten des Beschwerdeführers hin. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten sie

fest, dass die erhobenen Befunde in der Symptomvalidierung und der weiteren Konsistenzprüfung ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten zeigten, was den gesamten Beschwerdevortrag zumindest hinsichtlich der Ausprägung der reklamierten Beeinträchtigungen in Zweifel ziehe (act. II 33.1 S. 9) bzw. die Symptomvalidierung erheblich auffällig gewesen sei, sodass ein nicht-authentisches Antwortverhalten im Sinne einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden anzunehmen sei (act. II 33.1 S. 18).

3.3.2 Nicht gefolgt werden kann der Kritik des Dr. med. N._____ in seinem Bericht vom 13. Januar 2020 (act. II 47 S. 5-7). Dr. N._____ verfasste wiederholt bereits auch vor der Begutachtung Berichte über seine Behandlungen. Diese Berichte waren den Gutachtern bekannt (vgl. act. II 33.7 S. 19 ff. [gutachterliche Zusammenfassung]). Die Vorhalte des schmerztherapeutisch tätigen Anästhesiologen gegenüber den Experten über angebliche Fehlbeurteilungen bzw. Fehlinterpretationen, woraus er somatische Grundlagen der geklagten Beschwerden (vorab auf neurologischem Fachgebiet) postuliert, überzeugen nicht. Weder wären solche Gesundheitsschäden vorher erhoben noch nachher von den behandelnden Ärzten weiterverfolgt worden. Eine (Rück-)Überweisung an die somatisch tätigen Ärzte erfolgte nicht. Auch wenn Dr. med. N._____ beinahe ein Jahr später, nämlich am 6. Januar 2021 nochmals ausführte, der Verlauf der Beschwerden sei ungünstig und ihre Art würde auf eine Pathologie am Bewegungsapparat hindeuten, ändert dies weiter nichts daran, dass solche nicht nur von den Gutachtern, sondern auch von den anderen behandelnden Ärzten bis zu jenem Zeitpunkt nicht erhoben wurden (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6; vgl. auch act. I 4 und 5).

3.3.3 Ebenso wenig mindert der zwischen der Verwaltung und der Gutachterstelle geführte Schriftenwechsel die Zuverlässigkeit des Gutachtens. Dabei ging es einzig um die Frage der Honorierung der Experten für eine ergänzende Stellungnahme zur Kritik an ihrem Gutachten (act. II 55-57, 59, 62 f.). Nachdem keine Einigung erzielt werden konnte, übertrug die Beschwerdegegnerin diese Beurteilung dem RAD. Der RAD-Arzt Dr. med. O._____ kam übereinstimmend mit den Akten zum Schluss, die Beeinträchtigung im Bereich des Ellenbogens sei auf ein Ganglion zurückzu-

führen, welches jedoch operativ behandelt werden könne (act. II 66 S. 3). Dies überzeugt (vgl. act. II 60 S. 3 sowie Universitätsspital Zürich [www.usz.ch/krankheit/ganglion]). Tatsache ist auch in dieser Hinsicht, dass keine Rücküberweisung aus der Klinik M._____ des Spitals F._____ an eine somatische Abteilung, insbesondere an die Neurologie oder Handchirurgie erfolgt ist (act. I 5 S. 2). Eine weitergehende (operative) Behandlung ist nicht aktenkundig und wird auch nicht geltend gemacht. Mithin erachten offensichtlich auch die behandelnden Ärzte eine Operation (derzeit) nicht für indiziert bzw. dringend und der Leidensdruck des Beschwerdeführers scheint nicht gross zu sein. Dies gilt ebenso hinsichtlich der geltend gemachten Beschwerden im Grundgelenk des Daumens aufgrund der beginnenden Arthrose, hat der Beschwerdeführer die ihm angebotene Operation (Arthrodese) doch abgelehnt (act. II 51 S. 4). Schliesslich ist mit dem RAD-Arzt festzuhalten, dass sich keine Divergenzen hinsichtlich der Funktionalität wie sie im neurologischen und auch im orthopädischen Teilgutachten der MEDAS beschrieben wurden, ergeben (act. II 66 S. 3). Die MRI der LWS vom 17. August 2020 offenbarte keine wesentliche Befundänderung im Vergleich zum Jahr 2016 (act. II 60 S. 3). Hinzu kommt, dass weder Dr. med. N._____ noch die weiteren Behandler des Spitals F._____ in ihren Berichten (vom 13. Januar [act. II 47 S. 5-7], 19. November 2020 [act. I 5], 6. Januar 2021 [act. I 6]; 23. März [act. II 51 S. 3], 3. Juni 2020 [act. I 4]) aufzeigten, dass und inwiefern sich die spezifische Beschwerdesymptomatik in der funktionellen Leistungsfähigkeit über das von der MEDAS formulierte Zumutbarkeitsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit hinaus niederschlagen soll.

3.3.4 Unter diesen Umständen besteht, anders als dies der Beschwerdeführer geltend macht, keine Grundlage, das Gutachten als nicht hinreichend aktuell zu betrachten (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3). Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und weitere Beweismassnahmen sind entbehrlich. Gemäss den MEDAS-Gutachtern haben demnach die mittelgradige depressive Episode (bis Ende 2019) und die beidseitigen AC-Gelenksarthrosen (auf Dauer) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 33.1 S. 16 ff. Ziff. 4.2 f. und 4.7-4.9).

Die Beschwerdegegnerin ist jedoch davon ausgegangen, dass die von psychiatrischer Seite her attestierte Einschränkung – da diese anhand der Standardindikatorenprüfung nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sei – unberücksichtigt zu bleiben habe (act. II 67 S. 2; Beschwerdeantwort S. 2 f. lit. C Ziff. 4 f.). Aufgrund der zu prüfenden Indikatoren (vgl. E. 2.2 mit Hinweisen) ist dies nicht zu beanstanden: Auf psychiatrischen Fachgebiet hielt die zuständige MEDAS-Gutachterin fest, dass aktuell allenfalls von leichten Einschränkungen des Anpassungs- und Umstellungsvermögens und einem etwas erhöhten Pausenbedarf auszugehen sei (act. II 33.5 S. 42 Ziff. 6), womit keine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde besteht. Mit einer höheren Gesprächsfrequenz, einem Wechsel des Antidepressivums oder einer Kombinationstherapie kann die Therapie optimiert und eine Verbesserung erzielt werden (act. II 33.5 S. 43 Ziff. 7.2). Die Behandlungsoptionen sind daher nicht ausgeschöpft bzw. eine Behandlungsresistenz ist nicht ausgewiesen, zumal die Expertin unter leitliniengerechter Therapieführung eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit spätestens per Ende 2019 erwartete (act. II 33.5 S. 45 Ziff. 8.1). Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben, sind nicht ausgewiesen. Die Agoraphobie mit Vermeidungsverhalten ohne Auftreten von Panikattacken (ICD-10 F40.0) wurde als subsyndromal ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet (act. II 33.5 S. 41 S. 6) und im Rahmen der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass sich eine dauerhafte additive Zusammenziehung von Teilarbeitsunfähigkeiten nicht ergebe, da die psychiatrische bedingte Minderung des Rendements als reversibel (spätestens per Ende 2019) anzusehen sei (act. II 33.1 S. 18). Auffälligkeiten in der Persönlichkeit konnten nicht festgestellt werden (vgl. act. II 33.5 S. 38 Ziff. 4.3.1) und betreffend das Sozialverhalten ging die psychiatrische Expertin von weitgehend erhaltenen Ressourcen aus (act. II 33.5 S. 44 Ziff. 7.4). Sie wies auch darauf hin, dass die Konsistenz und Plausibilität der psychiatrischen Symptome und Befunde in Bezug auf die depressive Symptomatik nur bedingt gegeben seien. Der Beschwerdeführer wirke nicht namhaft schmerzgeplagt und auch der Antrieb sei nicht namhaft gestört (act. II 33.5 Ziff. 7.3.), im Alltag sei er weitgehend selbständig und selbstversorgend sowie aktiv (act. II 33.5 S. 44 Ziff. 7.4; vgl. auch act. I 4). Doch selbst wenn die gutachterlich attestierte

psychische Beeinträchtigung von 20 % in einer angepassten Tätigkeit bis Ende 2019 mitberücksichtigt würde, änderte dies nichts am Ergebnis.

4.

4.1 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).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

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

2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach 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). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Die Gutachter der MEDAS haben sich in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht zur Frage geäussert, seit wann der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt ist; sie hielten einzig fest, in der angestammten Tätigkeit sei bis Ende 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und ab Anfang 2020 eine solche von 80 % anzunehmen (act. II 33.1 S.18 f. Ziff. 4.7 und 4.9). Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wäre an sich für die Feststellung des Bestehens der einjährigen Wartezeit relevant (vgl. E. 2.3 hiervor). Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 17. September 2018 (act. II 2 S. 10) und der sechsmonatigen Ka-

renzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn jedoch frühestens auf März 2019, womit das Wartejahr spätestens ab März 2018 hätten laufen müssen. Diese Frage kann hier jedoch offen gelassen werden, da mit Blick auf die zu mindestens 80 % zumutbare angepasste Tätigkeit bereits auch in diesem Zeitpunkt bis Ende 2019 (act. II 33.1 S. 18 Ziff. 4.8) selbst unter Berücksichtigung einer aus psychischen Gründen vorliegenden Einschränkung (vgl. E. 3.3.4 hiervor) nie ein Rentenanspruch bestanden hat (vgl. E. 4.5 hiernach).

4.5 Die Beschwerdegegnerin ist bei der Ermittlung des Valideneinkommens von Fr. 67'432.-- von den statistischen Werten gemäss LSE, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ausgegangen (act. II 67 S. 2). Das Abstellen auf die LSE ist nicht zu beanstanden; angesichts der Erwerbsbiographie erscheint dies gar als grosszügig. Der Beschwerdeführer absolvierte nach seinen eigenen Angaben in seinem Heimatland von 1988 bis 1991 zwar eine Ausbildung zum ... (act. II 2 S. 5 Ziff. 5.3), über eine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung verfügt er jedoch nicht. Dabei ist zu beachten, dass die Ausübung dieses Berufs eine Anerkennung durch das P._____ bedürfte (<www.....admin.ch>). Den Akten kann nichts entnommen werden, was belegen würde, dass er nach seiner Einreise in die Schweiz im März 2002 (act. II 2 S. 1 Ziff. 1.4) einem ausgebildeten ... mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) entsprechend angestellt gewesen wäre bzw. auf Dauer, mithin auch im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, diese Tätigkeit ausgeübt hätte. Er hat diesbezüglich selbst im Beschwerdeverfahren keine Belege eingereicht. Vielmehr ergibt sich, dass er während der gesamten Erwerbskarriere in der Schweiz jeweils allein während kurzen Phasen gearbeitet hatte und diese Phasen immer wieder durch Arbeitslosigkeit unterbrochen wurden. Ein spezifisches Arbeitsgebiet kann nicht ausgemacht werden. Der Beschwerdeführer war u.a. von Juli 2006 bis März 2009 in Unternehmen der ...- sowie ...-/...-Branchen tätig. Im Anschluss daran sind kaum mehr relevante Fenster mit Erwerbstätigkeiten auszumachen, sondern einzig noch wenige Monate dauernde Temporäreinsätze jeweils unterbrochen durch Arbeitslosigkeit (act. II 14 S. 2 f., 18 S. 1). In Anbetracht dieser Ausgangslage und der Tatsache, dass die effektiv erzielten Erwerbseinkommen mit Ausnahme des Jahres 2011 (Fr. 69'748.--) zwischen Fr. 8'306.-- und 53'799.-- lagen,

ist ein Abstellen auf das Niveau 2 oder, wie vom Beschwerdeführer verlangt (Beschwerde S. 5 Art. 4) gar 3 der LSE offensichtlich nicht gerechtfertigt. Die Berücksichtigung des Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) fällt hier von vornherein ausser Betracht. Auch das Kompetenzniveau 2 ist nicht einschlägig, da der Beschwerdeführer, wie zuvor erwähnt, über keine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung verfügt und er in einem entsprechenden Ausbildungsniveau auch nicht tätig war.

Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.1.6 und 3.3.4 hiervoor) nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen ebenfalls anhand der statistische Werte der LSE zu bestimmen und dabei praxisgemäss ebenso auf den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level für Männer im Kompetenzniveau 1 abzustellen (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 13. Juni 2018, 8C_212/2018, E. 4.4.1, und vom 4. April 2018, 8C_684/2017, E. 5.3). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Nach der gutachterlichen Einschätzung der MEDAS bestand in einer angepassten Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % (vgl. E. 3.1.6 und E. 3.3.4 hiervoor). Fraglich ist, ob der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % (act. II 67 S. 2) gerechtfertigt ist. Diese Frage kann letztlich jedoch offenbleiben. Keinesfalls gerechtfertigt ist ein höherer Abzug. Da die beiden Vergleichseinkommen anhand statistischer Daten erhoben werden, fällt insbesondere auch ein Abzug wegen allfälliger invaliditätsfremder Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) ausser Betracht, wäre doch ein solcher bei beiden Einkommen zu berücksichtigen und damit von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5; vgl. E. 5.3 hiervoor). Selbst wenn der Abzug von 10 % berücksichtigt würde, resultierte unter Berücksichtigung der bis Ende 2019 gutachterlich psychiatrisch attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % ($100 \cdot [100 \times 0.8 \times 0.9]$) bzw. danach infolge der voll-

schichtigen Arbeitsfähigkeit ein ebensolcher von maximal höchstens 10 % (100 x 0.9; vgl. E. 2.3 hiervor).

4.6 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. II 67) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiervor).

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer – vorbehaltlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.3 hiernach) – zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

5.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist erstellt (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer

Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin ist demnach gutzuheissen. Somit ist dem Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin B. _____.

5.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälte eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Honorarnote vom 16. März 2021 macht Rechtsanwältin B. _____ einen Aufwand von 5.58 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 1'395.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 183.10 sowie Mehrwertsteuer von 7.7 % (von Fr. 1'578.10) im Betrag von Fr. 121.50, total Fr. 1'699.60, geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 1'699.60 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'116.-- (5.58 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 83.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 92.35 (7.7 % von Fr. 1'199.50), total somit eine Entschädigung von Fr. 1'291.85, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'699.60 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr.1'291.85 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

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

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.