

200 23 714 IV
KOJ/FRN/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Januar 2024

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. September 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2016 unter anderem unter Hinweis auf eine Armplexusparese rechts, eine Wirbelschiebung sowie eine intraartikuläre dislozierte Radiusfraktur rechts nach einem ...unfall im Jahr 1995, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen gewährte die IVB eine berufliche Abklärung (act. II 25, 43), ein Arbeitstraining (act. II 33, 44) sowie eine erstmalige berufliche Eingliederung (act. II 38). In der Folge sprach sie am 7. Juni 2017 eine Umschulung zum ... EFZ (act. II 51) zu, welche vom Versicherten per 31. Juli 2018 abgebrochen wurde (act. II 75). Am 20. September 2018 gewährte die IVB eine Umschulung zum ... EFZ vom 1. August 2018 bis 31. Juli 2021 (act. II 79) mit anschliessender Arbeitsvermittlung (act. II 110). Sodann führte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine psychiatrische Untersuchung durch (act. II 160). Nach Einholung einer weiteren RAD-ärztlichen Beurteilung (act. II 164, 171) veranlasste die IVB eine polydisziplinäre B._____ (MEDAS; MEDAS-Gutachten vom 7. Mai 2023 [act. II 204.1-8]). Mit Vorbescheid vom 8. Juni 2023 (act. II 206) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem ermittelten IV-Grad von 20 % in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 215, 217). Am 19. September 2023 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Rentenbegehrens (act. II 218).

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Oktober 2023 Beschwerde mit dem Antrag, ihm seien die gesetzlichen IV-Leistungen auszurichten. Zudem stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 20. November 2023 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege gut.

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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 19. September 2023 (act. II 218). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 147 V 156 E. 7.2.1 S. 159, 146 V 364 E. 7.1 S. 371). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 19. September 2023 (act. II 218), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 5.2 hiernach), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 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).

2.3 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).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.2 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 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben

sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

2.3.3 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 ge-

sundheitlichen 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).

2.4 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Die behandelnden Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Lic. Phil. D._____, Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierten im Bericht vom 24. Februar 2022 (act. II 153) eine mittelgradige depressive Episode, teilerremittiert (ICD-10: F32.1), mit/bei agoraphobischen und sozialphobischen Ängsten, differentialdiagnostisch Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) vor dem Hintergrund einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur, Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) sowie Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabis: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2). Der Beschwerdeführer sei im Affekt leicht niedergestimmt, ängstlich und innerlich unruhig. Das Freudeempfinden sei reduziert, ebenso der Antrieb und die Motivation. Es beständen Ein- und Durchschlafstörungen, ein verschobener Tag-Nacht-Rhythmus sowie eine fehlende Tagesstruktur und ein sozialer Rück-

zug. Vermeidungsverhalten und Leidensdruck seien vorhanden. Es beständen ein Alkohol- und Cannabiskonsum sowie eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur (act. II 153 S. 4 Ziff. 2.4). Es beständen eine eingeschränkte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, ein eingeschränktes Stressmanagement, Vermeidungstendenzen, erhöhte Erschöpfbarkeit sowie Versagensängste (act. II 153 S. 6 Ziff. 3.4). An vier bis fünf Tagen pro Woche sollte eine angepasste Tätigkeit jeweils einen halben Tag möglich sein (act. II 153 S. 7 Ziff. 4.2).

3.1.2 Der RAD-Arzt, Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, formulierte im Bericht vom 16. Juni 2022 (act. II 164) folgendes Zumutbarkeitsprofil: Leichte – punktuell mittelschwere Wechseltätigkeit, zeitweise im Sitzen, Gehen oder Stehen ohne Heben und Tragen von mehr als 10(-15) kg. Ein 80%-Pensum ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei zumutbar. Vermieden werden sollten Zwangshaltungen, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, v.a. rechts, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Keine monotonen repetitiven Belastungen für die rechte Hand (Arthrose), keine Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für das rechte Handgelenk und die Hand aufträten, keine Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für das rechte Handgelenk durch das Bedienen von Maschinen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10-15 kg gehoben und getragen werden, dies jedoch nur bis Bauchhöhe. Im Hinblick auf die Schlafapnoe seien Nacht- und Schichtarbeit zu vermeiden (act. II 164 S. 13).

3.1.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. Mai 2023 samt Teilgutachten (act. II 204.1-8) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Kardiologie, Pneumologie sowie Neurologie. Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 204.1 S. 10 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Sonstige Phobien vor Terminen, vor fremden Leuten, vor öffentlichen Verkehrsmitteln mit zunehmendem Vermeidungsverhalten (ICD-10: F40.8)
2. Subsyndromale soziale Phobie (ICD-10: F40.1)
3. Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10: F40.00)

4. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.0)
5. Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeits-syndrom, (ICD-10: F10.2)
6. Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabis, Abhängig-keitssyndrom, (ICD-10: F12.2)
7. Leicht- bis mittelgradiges obstruktives Apnoe-Hypopnoe-Syndrom, ED 9/2020
8. Posttraumatische Radiocarpal- und DRUG-Arthrose rechts bei St. n. Schraubenosteosynthese einer intraartikulären dislozierten Radiusfraktur rechts am 01.09.1995
9. St. n. ...unfall vom 31.08.1995, mit
 - Commotio / Contusio cerebri, Verdacht auf kleines Subdu-ralhämatom links
 - vorwiegend motorischer oberer Armplexusparese rechts, residuelle Paresen der Schulter-Arm-Muskulatur im Ver-sorgungsgebiet der Nn. Suprascapularis, Deltoideus und Musculocutaneus mit entsprechenden Muskelatrophien
 - distaler Radiusfraktur rechts, residuelle posttraumatische Radiocarpalarthrose, keine residuelle Neuropathie im Be-reich des Handgelenks

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

10. Status nach sonstigen negativen Kindheitserlebnissen (ICD-10: Z61.8) mit Status nach Gewalterfahrung
11. Status nach Bänderoperation OSG links am 13.06.1995
12. Status nach Schulterarthroskopie links, subacromialer Dekompres-sion, Tenotomie der langen Bizepssehne, Reinsertion der Supra-spinatussehne am 06.08.2018
13. Lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen L5/S1, ISG-Dysfunktion links
14. Neuropathie des N. Cutaneus femoris lateralis links (Meralgia parästhetica)
15. Seltene präsynkopale / synkopale Episoden (ca. 7 oder 8 x in den letzten sechs Jahren), am ehesten orthostatisch / kreislaufbedingt, anamnestisch kein Epilepsie-Nachweis
16. Übermässiger Schadstoffgebrauch (Alkohol, Cannabis)

Die Dres. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und G._____, Facharzt für Kardiologie sowie Allgemeine Innere Medizin, stellten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 204.3 S. 10, 204.5 S. 9).

Im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Februar 2023 (act. II 204.4) führ-te Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trau-matologie des Bewegungsapparates, aus, die Schulteruntersuchung zeige eine Muskelatrophie rechts im Bereich des Deltoideus, Supra- und Infraspi-natus. Zudem bestehe rechts eine deutliche Schwäche für Supra- und In-

fraspinatus sowie Bizepsmuskel, Triceps und Subscapularis. Am rechten Handgelenk finde sich eine deutlich eingeschränkte Pro-/Supination von 90/0/5° (links 90/0/70°, act. II 204.4 S. 12). Seitens der LWS seien bildmorphologisch Veränderungen festgestellt worden, die in der allgemeinen Population festzustellen seien und keinen eigenen Krankheitswert hätten. Seitens der Handgelenksarthrose müsse festgestellt werden, dass trotz bildgebend deutlicher Radiocarpalarthrose eine noch gute Funktion bestehe, sei der Beschwerdeführer aktuell im spontanen Verhalten keineswegs eingeschränkt seitens der rechten Hand. Er sei weiterhin vollschichtig arbeitsfähig für eine adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopparbeiten, ohne Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (act. II 204.4 S. 17).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, legte im neurologischen Teilgutachten vom 17. April 2023 (act. II 204.6) dar, übereinstimmend mit der Aktenlage zeigten sich aktuell Muskelatrophien und Paresen Grad M3-4 im Bereich der Schultergürtelmuskulatur sowie der Armmuskulatur rechts. Bezüglich der posttraumatischen Radiocarpalarthrose bestünden keine neurologischen Residuen; sensomotorische Funktionseinbussen hätten sich nicht feststellen lassen und die Feinmotorik der rechten Hand sei intakt (act. II 204.6 S. 20 f.). Bezüglich der Parästhesien am linken Oberschenkel lasse sich ein sensibles Defizit im Versorgungsgebiet des N. Cutaneus femoris lateralis links feststellen, was einer Meralgia parästhetica entspreche, nicht jedoch einem radikulären Syndrom. Bezüglich der seit einigen Jahren rezidivierend aufgetretenen präsynkopalen / synkopalen Episoden sei am ehesten von kreislaufbedingten bzw. orthostatischen Beschwerden auszugehen (act. II 204.6 S. 21 f.). Zu thematisieren sei die Anamnese bezüglich Noxen. Es bestehe ein regelmässiger Cannabis-Konsum (zwei bis drei Joints pro Tag). Der Beschwerdeführer mache einen therapeutischen Bedarf geltend: Cannabis helfe ihm am besten gegen die Schmerzen. Für eine Schmerzreduktion um 50 % bestehe indessen keine Evidenz. Überdies handle es sich um eine nicht ärztlich kontrollierte Selbstbehandlung mit dem psychotropen Wirkstoff THC, was nicht unproblematisch sei. Problematisch sei überdies der zusätzliche mutmasslich übermässige Alkoholkonsum. Der Beschwerdeführer beziffere den täglichen Konsum von ein bis zwei Liter Bier (act. II 204.6 S. 22 f.). Zur Arbeits-

fähigkeit legte der Gutachter dar, körperlich schwere und häufig mittel-schwere Arbeiten seien ungeeignet, ebenso seien Arbeiten mit habitueller Elevation und Überkopfstellung der Arme ungeeignet. Die zuletzt von 2018 bis 2021 ermöglichte Ausbildung und Tätigkeit als ... EFZ sei gut adaptiert und zumutbar. Da auch in dieser adaptierten manuellen Tätigkeit der Einsatz der teilparetischen proximalen Muskulatur im Schulter-Arm-Bereich rechts nicht vollständig ausgeklammert werden könne, sei eine vorzeitige Ermüdbarkeit einzuräumen. Diesbezüglich ergebe sich eine Leistungsreduktion von 20 % bei im Übrigen vollschichtig zumutbarer Arbeitsfähigkeit (act. II 204.6 S. 27). Dieses Belastungsprofil gelte auch für anderweitig adaptierte Tätigkeiten (act. II 204.6 S. 27).

Im pneumologischen Teilgutachten vom 30. März 2023 (act. II 204.7) führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, aus, Ende 2020 habe eine verstärkte Tagesmüdigkeit bestanden bei schlechter Schlafqualität. Die Adaption an eine CPAP-Therapie sei aufgrund einer Maskenintoleranz bei häufigen Leckagen nicht gelungen. Unter Therapie und auch weiter bis dato hätten sich Schlafqualität und Tagesmüdigkeit aber deutlich gebessert (act. II 204.7 S. 10). In angepasster Tätigkeit bestehe keine zeitliche Einschränkung seit Ende 2020. Es sei auf berufliche Tätigkeiten in Schichtarbeit und berufliche Chauffeurarbeiten zu verzichten (act. II 204.7 S. 11).

Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Februar 2023 (act. II 204.8) fest, die Stimmung und der Affekt des Beschwerdeführers seien angepasst, mit-schwingend und er sei nicht affektlabil, nicht ängstlich, nicht klinisch depressiv, nicht niedergeschlagen und auch nicht teilnahmslos traurig (act. II 204.8 S. 19). Aktuell bestehe ein problematischer Alkoholüberkonsum, der angegangen werden sollte. Eine Entzugstherapie sei noch nie versucht worden. Eine solche wäre dem Beschwerdeführer zumutbar, obwohl fraglich sei, ob er auf den Alkohol- und THC-Konsum gänzlich verzichten könne, da er schon lange Alkohol konsumiere. Es scheine, dass er über Jahre versucht habe, gewisse phobische Verhaltenselemente, die schon lange bestünden, mit Alkohol und THC zu kompensieren, was er auch aktuell noch tue (act. II 204.8 S. 21). Er leide unter multiplen unspezifischen Pho-

bien, teilweise auch einer sozialen Phobie, einer Phobie vor Unbekanntem, einer Phobie vor Terminen, einer Phobie vor Termindruck. Sämtliche Phobien hätten ihn veranlasst, „zunehmend zu vermeiden, sich zurückzuziehen“, weshalb er auch nach erfolgreichem Abschluss 2021 als ... (recte: ... EFZ) keine Stelle im ersten Arbeitsmarkt gefunden habe. Im November 2022 habe er sich entschlossen, sich wieder in der L. _____ zu melden, wo er aktuell zu 50 % als ... eingesetzt werde. In gewissem Sinne zeige der Beschwerdeführer eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur, wobei gleichzeitig festgehalten werden müsse, dass er im rückwärtigen Raum, d.h. bei sich zu Hause mit seiner psychisch erkrankten Freundin recht gut funktionieren könne (act. II 204.8 S. 22). Er habe eine unspezifische phobische Angststörung entwickelt, Angst vor Neuem, Angst unter Menschen sowie Angst unter Zeitdruck verschiedene Verkehrsmittel benützen zu müssen. Er zeige eine generelle Stressunverträglichkeit und sei vermindert belastbar. Er müsste eine verhaltenstherapeutische Therapie durchmachen (act. II 204.8. S. 23). Zur Arbeitsfähigkeit lege der Gutachter dar, in der bisherigen Tätigkeit als ... (recte: ...) sei der Beschwerdeführer in der freien Wirtschaft 50 % (vier Stunden täglich) arbeitsfähig. Auch in einer angepassten Tätigkeit wäre er vier Stunden täglich arbeitsfähig (act. II 204.8 S. 25).

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, in einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 204.1 S. 14).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2023 (act. II 218) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. Mai 2023 samt Teilgutachten (act. II 204.1-8) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten grundsätzlich (vgl. E. 4.5 hiernach) voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.2 hiervor).

3.3.1 In somatischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer nach einem ...unfall vom 31. August 1995 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unbestrittenermassen insbesondere an einer posttraumatischen Radiocarpal- und DRUG-Arthrose rechts, an einer Armplexusparese rechts sowie an residuellen Paresen der Schulter-Arm-Muskulatur (act. II 204.1 S. 11).

Der orthopädische Gutachter kam nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass trotz bildgebend deutlicher Radiocarpalarthrose eine noch gute Funktion des Handgelenks besteht. Der Beschwerdeführer war anlässlich der gutachterlichen Untersuchung im spontanen Verhalten keineswegs eingeschränkt seitens der rechten Hand (act. II 204.4 S. 17). Die Einschätzung des neurologischen Sachverständigen, dass eine behinderungsrelevante Einschränkung der residuellen oberen Armplexusparese bei körperlichen, schweren Belastungen, insbesondere, wenn sie mit Elevation und Hyperabduktion des Arms einhergehen, plausibel ist, überzeugt. Das

vom Beschwerdeführer geltend gemachte Ausmass der Einschränkungen auch bei der aktuell ausgeübten feinmotorischen Tätigkeit als ... ist hingegen aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar (act. II 204.6 S. 23). In allgemeinmedizinischer sowie kardiologischer Hinsicht liegen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (act. II 204.3 S. 10, 204.5 S. 9). In diagnostischer Hinsicht korrelieren diese gutachterlichen Schlussfolgerungen mit der übrigen medizinischen Aktenlage.

3.3.2 Nach dem Dargelegten sind körperlich schwere und häufig mittel-schwere Arbeiten ungeeignet, ebenso Arbeiten mit habitueller Elevation und Überkopfstellung der Arme. Zumutbar ist eine leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (wie auf Leitern, Gerüsten etc.; act. II 204.1 S. 13 f.). Auf berufliche Tätigkeiten in Schichtarbeit und berufliche Chauffeurarbeiten ist zu verzichten (act. II 204.7 S. 11). Eine solche angepasste Tätigkeit ist vollschichtig zumutbar. In neurologischer Hinsicht ergibt sich wegen dem Einsatz der teilparetischen proximalen Muskulatur im Schulter-Arm-Bereich eine Leistungsreduktion von 20 % infolge vorzeitiger Ermüdbarkeit (act. II 204.6 S. 27). Die zuletzt von 2018 bis 2021 ermöglichte Ausbildung und Tätigkeit als ... EFZ – es handelt sich um eine leichte feinmotorische Tätigkeit mit ..., ... von ... sowie ... – ist gut adaptiert und zumutbar (act. II 204.1 S. 13 f.). Dieses Zumutbarkeitsprofil stimmt überein mit demjenigen des RAD in dessen Stellungnahme vom 14. Juni 2022 (act. II 164 S. 12).

3.3.3 In psychiatrischer Hinsicht liegen gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Phobien vor Terminen, vor fremden Leuten, vor öffentlichen Verkehrsmitteln mit zunehmendem Vermeidungsverhalten (ICD-10: F40.8), eine subsyndromale soziale Phobie (ICD-10: F40.1), eine Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10: F40.00), Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.0), Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, (ICD-10: F10.2) sowie Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabis, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2), vor. Psychiatrischerseits wurde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 204.8 S. 25).

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 2.3.1 ff. hiervor), wobei die versicherte Person die materielle Beweislast trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Die Beschwerdegegnerin hat auf die aus psychiatrischer Sicht attestierte Leistungseinschränkung nicht abgestellt (act. II 218 S. 2).

4.2 Vorab ist festzuhalten, dass vorliegend weder von einer Aggravation noch einer Simulation auszugehen ist, womit keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3.2 ff. hiervor).

4.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.3.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung hielt der psychiatrische Sachverständige – nebst unauffälligen Befunden – insbesondere unspezifische Phobien sowie eine deutliche Agoraphobie fest (act. II 204.8 S. 19). Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als den gestellten Diagnosen bereits inhärent ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer einmal pro Monat in Psychotherapie ist (act. II 204.8 S. 17). Gemäss der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters müsste er eine verhaltenstherapeutische Therapie aufnehmen. Eine teilstationäre Therapie war im März 2022 geplant, wurde jedoch nicht angetreten (act. II 204.8 S. 24, 153 S. 5 Ziff. 2.8). Gleichzeitig sollte der problematische Alkoholkonsum angegangen werden. Eine Entzugstherapie wurde noch nie versucht und eine solche ist dem Beschwerdeführer zumutbar (act. II 204.8 S. 26, 205.1 S. 15). Der Beschwerdeführer bestätigte, dass die Psychotherapie zuletzt nur noch einmal pro Monat stattfand und er machte nicht geltend, dass sich an dieser geringen Frequenz an einem allfälligen neuen Therapieplatz etwas ändern müsste (Beschwerde S. 1). Die therapeutischen Optionen sind nach dem Dargelegten noch nicht ausgeschöpft.

Als massgebende somatische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen insbesondere die posttraumatische Radiocarpal- und DRUG-Arthrose sowie die Armplexusparese rechts nach ...unfall vom 31. August 1995. Diesen mass der psychiatrische Gutachter aber keine Wechselwirkung zu.

4.3.2 Zur Persönlichkeit ist zu erwähnen, dass keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bestehen, auch wenn mässige ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge vorliegen (act. II 204.8 S. 19).

4.3.3 Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer sozial eher zurückgezogen lebt, jedoch kein ausgeprägter sozialer Rückzug vorliegt. Er ist seit 17 Jahren mit seiner Freundin zusammen und wohnt mit dieser in einer 3.5-Zimmerwohnung (act. II 204.6 S. 16). Mit seiner Mutter und einem der ... hat er Kontakt (act. II 204.8 S. 9; Beschwerde S. 2). Zudem hat er zwei gute Freunde (Beschwerde S. 2). Zu seinen Hobbys gehören .. sowie ... (act. II 204.6 S. 25, 204.8 S. 16). Der Beschwerdeführer verfügt demnach über – wenn auch geringe – familiäre und soziale Ressourcen.

4.4 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.4.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) verfügt der Beschwerdeführer über Ressourcen. Zwar lässt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ein bestimmtes Mass an (Freizeit-) Aktivität zu (Entscheid des BGer vom 11. Mai 2020, 9C_765/2019, E. 4.4.3). Allerdings ist aufgrund der durch den Beschwerdeführer geschilderten Tagesstruktur, wonach er an den freien Tagen zwei Stunden ..., Haushaltsarbeiten verrichte, einkaufen gehe, versuche ... pro Tag zu ... und ... (act. II 204.8 S. 15-17, 204.6 S. 17), auf ein Aktivitätenniveau zu schliessen, welches nicht ohne weiteres mit der aus psychiatrischer Sicht attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit vereinbar ist. Vielmehr wären doch weitaus höhere Einschränkungen im Aktivitätenniveau zu erwarten. Dies umso mehr als der Beschwerdeführer zwischen 2018 und 2021 erfolgreich eine Ausbildung zum ... EFZ absolviert hat (act. II 204.6 S. 25), was gemäss Gutachter eine Ressource darstellt (act. II 204.8 S. 25). Mithin kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden.

4.4.2 Was den Indikator der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), hielt der psychiatrische Sachverständige fest, dass eine Verhaltenstherapie sowie eine Entzugstherapie durchzuführen seien (act. II 204.8 S. 26, 204.1 S. 15). Der Beschwerdeführer erweise sich als etwas resistent für solche Bemühungen. Er meine, eine solche Verhaltenstherapie wäre unmöglich, ausserdem könne er seine Freundin nicht alleine lassen (act. II 204.8 S. 23). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nicht bereit ist, die empfohlenen Therapiemassnahmen umzusetzen, spricht gegen einen hohen Leidensdruck.

4.5 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt bzw. liegen triftige Gründe vor, die ein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung gebieten. Es fehlt insbesondere mit Blick auf das geschilderte Aktivitätenniveau sowie die nicht ausgeschöpften therapeutischen Optionen an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich rele-

vanten psychischen Funktionseinbusse (vgl. hierzu BGE 145 V 361 E. 4.4 S. 369), weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund kann der im MEDAS-Gutachten vom 7. Mai 2023 (act. II 204.1-8) psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 204.8 S. 25) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden.

5.

5.1

5.1.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätig-

keiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

5.2 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; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Unter Berücksichtigung der IV-Anmeldung vom März 2016 (act. II 1) liegt der frühest mögliche Rentenbeginn im September 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), wobei offen bleiben kann, wann das Wartejahr tatsächlich zu laufen begonnen und geendet hatte. Weil indes der Rentenanspruch nicht entsteht, solange die versicherte Person ein Taggeld bezieht (Art. 29 Abs. 2 IVG; vgl. auch Art. 43 Abs. 2 IVG und Rz. 9001 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) und der Beschwerdeführer vom 8. August 2016 bis am 31. Juli 2021 berufliche

Massnahmen mit einhergehendem Taggeld absolvierte (act. II 29, 34, 38, 53, 61, 79), ist die Invaliditätsbemessung für das Jahr 2021 vorzunehmen.

5.3 Der Beschwerdeführer hat vor seinem ...unfall von 1995 die Lehre zum ... absolviert, jedoch keinen Abschluss der Lehre mit Anerkennung gemacht (act. II 12 S. 1; 122 S. 2). Zwischen 1996 und 2015 wechselte er häufig den Arbeitgeber und arbeitete unter anderem als Mitarbeiter ..., Mitarbeiter ..., Hilfs..., Allrounder ..., ... und ..., ..., Mitarbeiter ... und Mitarbeiter ... (act. II 122 S. 2 f.) mit jeweils unterschiedlichen Jahreseinkommen (act. II 9), womit das Valideneinkommen gestützt auf die LSE 2020, TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1 (Fr. 5'261.--) zu berechnen ist. Angepasst an die berufübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und indiziert auf das Jahr 2021 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 65'322.10 (Fr. 5'261.-- / 40 x 41.7 x 12 / 106.8 x 106.0 [BFS, Nominallohnindex Männer, 2011-2021, T1.1.10, Total]).

5.4 In Bezug auf das Invalideneinkommen entspricht gemäss der gutachterlichen Einschätzung eine angepasste Tätigkeit im Wesentlichen der Tätigkeit als ... (act. II 204.1 S. 13 f.; zum Zumutbarkeitsprofil vgl. E. 3.3.2 hiavor). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm grundsätzlich zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu ermitteln. Mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil ist von der LSE 2020, Tabelle TA1, Männer, Ziff. 31-33 (Reparatur und Installation von ...), Kompetenzniveau 2 (Fr. 6'135.--), auszugehen. Angepasst an die berufübliche Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden, indiziert auf das Jahr 2021 und unter Berücksichtigung der 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.3.2 hiavor) ergibt sich ein Betrag von Fr. 62'376.40 (Fr. 6'135.-- / 40 x 41.5 x 12 x 0.8 / 105.7 x 107.9).

Einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht vorgenommen. Die gesundheitlichen Einschränkungen fanden bereits im medizinischen Zumutbarkeitsprofil Eingang und dürfen damit nicht in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen (vgl. E. 5.1.2 hiavor). Weitere Umstände, die einen Abzug zu rechtfertigen vermöchten, sind nicht ersichtlich (vgl. zum Ganzen auch BGE 148 V 174).

5.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'322.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 62'376.40 resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 5 %.

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen gestützt auf die statistischen Lohnangaben der LSE 2020, TA1, Männer, Ziff. 31-33 (Reparatur und Installation von ...), Kompetenzniveau 2 (Fr. 6'135.--), berechnet (act. II 218 S. 2). Selbst wenn entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin zu Gunsten des Beschwerdeführers das Validen- und das Invalideneinkommen gestützt auf dieselben statistischen Lohnangaben zu berechnen wäre, resultierte ein rentenausschliessender IV-Grad von 20 %, entspricht doch der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen – hier nicht gerechtfertigten – Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheides des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021).

5.6 Nach dem Dargelegten besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente. Die angefochtene Verfügung vom 19. September 2023 ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten (Verfügung vom 20. November 2023) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen

Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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