

200 14 387 IV
MAW/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Juni 2014

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. März 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A._____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 16. September 2012, unter Hinweis auf eine nach einer Operation eingetretene Verschlechterung seines Allgemeinzustandes, bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese gewährte ihm mit Schreiben vom 10. Juni 2013 (AB 31) Beratung sowie Unterstützung bei der Stellensuche und erteilte am 13. Juni 2013 Kostengutsprache für eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) in der Abklärungsstelle C._____ (AB 38). Nachdem sie die Eingliederungsbemühungen mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 8. Oktober 2013 (AB 54) beendet hatte, stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 8. November 2013 (AB 55), bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 15 %, die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich der Invalidenrente in Aussicht.

Hiermit zeigte sich der Versicherte mit Zuschriften vom 4. und 14. Dezember 2013 (AB 56, 59) nicht einverstanden, worauf die IVB nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 61-63) an ihrem Vorbescheid festhielt und einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 12. März 2014 (AB 64) verneinte.

B.

Mit Eingabe vom 25. April 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei ihm das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung seines Rechtsvertreters als amtlicher Anwalt, zu erteilen. Zur Begründung der Beschwerde machte er im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. März 2014 (AB 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer bzw. neuropsychologischer Hinsicht basiert die angefochtene Verfügung vom 12. März 2014 (AB 64) massgeblich auf den Einschätzungen der beiden RAD-Spezialisten, Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, sowie Dr. phil. E._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP. Der Erstere beurteilte den Beschwerdeführer im Rahmen der AMA (AB 47 f.) und gelangte zum Schluss, dass dieser – trotz verschiedener geltend gemachter Gesundheitsbeschwerden (Rückenbeschwerden, Lungenprobleme, Schwerhörigkeit etc.) – für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten vollzeitlich und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig sei (AB 47/3 f., 48/10 Ziff. 7). Daran hielt er in seiner Stellungnahme vom 10. März 2014 (AB 62) fest. Dr. phil. E._____ vertrat gleichentags die Auffassung, dass sich aus neuropsychologischen Gründen weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Leistungseinschränkung begründen lasse und die erhobenen Leistungsdefizite nachweislich lediglich Ausdruck einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft bzw. einer bewussten oder unbewussten Selbstlimitierung seien (AB 63).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Die RAD-Berichte (AB 47 f., 62 f.) erfüllen die vorerwähnten beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.2 hievoo) und die attestierte uneingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten korreliert mit der interdisziplinären Schlussfolgerung der Dres. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und G._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, zuhanden der Trägerin der Kollektivkrankentaggeldversicherung (AB 19.3, 19.4). Bei der fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. D._____ handelt es sich nicht um eine reine Aktenbeurteilung, konnte er den Beschwerdeführer während der AMA doch eingehend beobachten und befragen. Dr. phil. E._____ untersuchte den Beschwerdeführer zwar nicht persönlich, er konnte sich anhand der Akten jedoch ein gesamthaft lückenloses Bild ma-

chen und insbesondere die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen von lic. phil. H._____, Psychologe FSP, Leiter Neuropsychologie des Spitals X._____, interpretieren (AB 56/5). Eine zusätzliche Exploration war vor diesem Hintergrund beweisrechtlich nicht erforderlich (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), zumal sich auch lic. phil. H._____ wegen sprachlicher Hürden in erster Linie auf nonverbale Tests beschränkte (AB 56/6). Jedenfalls können die Schlussfolgerungen von Dr. med. D._____ und Dr. phil. E._____ nicht als «Ferndiagnosen» (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4) abgetan werden. Im Übrigen lässt sich bezüglich der einzelnen Symptomenkomplexe bzw. den dazu erhobenen Rügen das Folgende festhalten:

3.3.1 Was die geklagten *Rückenbeschwerden* (mit Ausstrahlung in den Thorax und die untere Extremität rechts) anbelangt, vermochten die Ärzte der orthopädischen Klinik im Spital I._____ trotz umfangreichen Abklärungen zunächst keine relevanten Pathologien festzustellen (AB 5.3/6). Es blieb bei der blossen Verdachtsdiagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms (AB 5.3/3, 5.3/5, 16/8, 16/10, 16/12, 16/14). Insbesondere aufgrund einer befundeten Diskusprotrusion auf Höhe L4/5 mit rezessaler rechtsbetonten Stenose, wurden am 14. Dezember 2011 (epidurale Infiltration L4/5 rechts [AB 5.3/20 f., 16/12 f.]) sowie am 3. April 2012 (Mikrodekompression, Rezessotomie L4/5, Neurolyse der Wurzel L5 rechtsseitig [AB 5.3/16 f., 16/8-11]) zwei komplikationslose operative Eingriffe durchgeführt. PD Dr. med. J._____, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, schloss die Behandlung bei gutem postoperativem Verlauf Ende Juni 2012 ab (AB 16/7) und erklärte in seinem Bericht vom 10. Januar 2013 (AB 18/2), nach der letzten Operation sei es dem Beschwerdeführer deutlich besser als zuvor gegangen, er habe eigentlich nicht mehr über wesentliche Beschwerden geklagt. Aus seiner Sicht sei deshalb unklar, auf welcher Basis der Beschwerdeführer Leistungen der Invalidenversicherung beanspruche. In Anbetracht dieses positiven Behandlungsabschlusses ist nicht ersichtlich, weshalb beschwerdeweise die bildgebenden Befunde vor den Operationen angeführt werden (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 3), ist dieser Zustand doch nicht mehr aktuell. Hinzu kommt, dass das Arthro-MRI des oberen Sprunggelenks (OSG) vom 19. Februar 2009 (AB 5.3/18) – entgegen der Argumentation in der Be-

schwerde (S. 3 Ziff. III Art. 3) – gerade keine Hinweise auf degenerative Veränderungen zeigte. Auch erscheint eine diesbezüglich eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht überwiegend wahrscheinlich. Jedenfalls lässt sich dies nicht allein aus der Inanspruchnahme von Physiotherapie, Analgesie und dem Tragen von «Schmerzplaster» (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 3) ableiten, zumal der Beschwerdeführer die spezialärztliche (orthopädische) Behandlung nicht wieder aufgenommen hat und sich für erneute Rückenbeschwerden dementsprechend auch in den Akten keinerlei Anhaltspunkte ergeben. Bei dieser Ausgangslage bestand für die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung, zusätzliche orthopädische oder rheumatologische Sachverhaltsabklärungen zu treffen.

3.3.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, es liege «möglicherweise» eine *pneumologische Krankheit* vor (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 3). Er verweist dabei auf die Aussage von Dr. med. K. _____, Facharzt für Pneumologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 3. November 2011 (AB 5.3/12) zuhanden der Trägerin der Kollektivkrankentaggeldversicherung, wonach zur spezifischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Ergospirometrie erfolgen müsste. Vorab ist hierzu zu bemerken, dass bei einer Ergospirometrie (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., 2011, S. 606 bzw. S. 1950) auf dem Fahrradergometer bzw. Laufband regelmässig Leistungsgrenzen geprüft werden, die beim formulierten Zumutbarkeitsprofil (AB 47/3, 48/10 Ziff. 7) bzw. den exemplarisch erwähnten Verweisungstätigkeiten (Bedienen und Überwachen einer einfachen seriellen Maschinenarbeit im industriellen Sektor [AB 48/10 Ziff. 8]) wohl kaum je erreicht würden. Sodann übersieht der Beschwerdeführer, dass Dr. med. K. _____ seine letzte Kontrolle vor der am Januar 2011 vorgenommenen Thorakotomie und Oberlappenteilresektion rechts (AB 16/16, 16/23) durchgeführt hatte (beim erwähnten Datum vom «14.12.2011» handelt es sich offensichtlich um einen Verschieb, wie aus den übrigen Ausführungen im Bericht zu entnehmen ist, fand die präoperative Untersuchung am «14.12.2010» statt). Nach der Operation nahm der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder auf und eine Arbeitsunfähigkeit wurde erst ab 31. Mai 2011 wegen eines Unfalls (AB 16/21) bzw. ab 18. August 2011 wegen Bein- und Thoraxschmerzen (AB 5.3/10, 16/20) bescheinigt. Hinzu kommt, dass Dr. med. K. _____ aus pneumologischer Sicht

im Bericht vom 3. November 2011 (AB 5.2/12) keine relevante Diagnose bezüglich Arbeitsunfähigkeit zu stellen vermochte und von einer «theoretisch [...] normale[n] Arbeitsfähigkeit» ausging. Der Hausarzt kategorisierte im Bericht vom 17. Dezember 2012 (AB 16) die Lungenproblematik diagnostisch denn auch als «St. n.» (Status nach), ging also bis zum damaligen Zeitpunkt nicht von einer erneuten bzw. akuten Erkrankung aus. Sollten seither tatsächlich zirka alle sechs Monate «größere Lungenprobleme» eine medikamentöse Behandlung notwendig machen (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3), wäre dies nicht dokumentiert und ohnehin nicht geeignet, eine dauernde Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit zu begründen. Jedenfalls wird auch hier weder geltend gemacht noch wäre aktenkundig, dass der Beschwerdeführer sich erneut in spezialärztliche (pneumologische) Behandlung begeben hätte.

3.3.3 Dem *otologischen Beschwerdebild* wurde im medizinischen Zumutbarkeitsprofil Rechnung getragen (AB 48/10 Ziff. 7). Dr. med. L. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 8. Juni 2011 einen Tinnitus rechts bei hochgradiger Hochtoninnenohrschwerhörigkeit beidseits, rechtsbetont (AB 16/18). Er erklärte zudem, der Tinnitus (vgl. zur medizinischen Lehre illustrativ: BGE 138 V 248 E. 5.7 S. 253 ff.) bestehe seit sechs bis sieben Monaten, womit er bereits während der Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers bestand. Nicht anders verhält es sich bezüglich der Schwerhörigkeit, welche vom Facharzt denn auch als mässig störend bezeichnet wurde, so dass ohne weiteres anzunehmen ist, dass aus ihr jedenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (als Hilfsarbeiter) entsteht. Dr. med. L. _____ leitete aus seiner Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit ab.

3.3.4 Hinsichtlich der geltend gemachten *neuropsychologischen Einschränkung* hielt lic. phil. H. _____ im Bericht vom 13. Juni 2013 (AB 56/3-7) über die Abklärung vom 29. April 2013 fest, dass die Befunde insgesamt auf eine leichte bis mittelschwere Funktionseinschränkung hindeuten. Er fand jedoch keinen Anhalt für ein hirnormales bzw. demenzielles Geschehen und konnte die Leistungseinbusse keiner Ätiologie zuordnen. Er wies auf die auffälligen Resultate der Beschwerdevalidierung mittels Malingering-Test (vgl. AB 56/5; WIDDER/GAIDZIK, Begutachtung in

der Neurologie, 2. Aufl., 2011, S. 76 Ziff. 6.10; FRITZE/MEHRHOFF, Die ärztliche Begutachtung, 8. Aufl., 2012, S. 207 Ziff. 4.16.3) hin, was auf eine mangelhafte Anstrengungsbereitschaft hindeute. Es sei aber eher von einer unbewussten Limitierungshaltung als von einem bewussten Simulieren auszugehen. Dass der Psychologe trotz dieser festgestellten mangelnden Leistungsbereitschaft und den (neuropsychologisch) nicht erklärbaren Resultaten die Leistungsfähigkeit auf «kaum höher als 50 %» festlegte, wurde von Dr. phil. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 10. März 2014 (AB 63) fundiert und zu Recht kritisiert. Darin ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4) – weder eine Arroganz zu erblicken, noch ein Auftrag, Leistungsbegehren negativ zu beurteilen. Es bestehen jedenfalls keinerlei Hinweise, dass sich Dr. phil. E. _____ bei seiner Beurteilung von ausserfachlichen Aspekten hätte leiten lassen. Ohnehin räumte lic. phil. H. _____ selbst ein, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schwierig sei und die von ihm postulierte Einschränkung bloss auf der beobachteten Leistungseinbusse basiere, wobei Hinweise bestünden, dass der Beschwerdeführer nicht sein volles Leistungspotential gezeigt habe (AB 56/6). Damit ist festzuhalten, dass die Einschätzung von lic. phil. H. _____ nicht schlüssig ist und darauf folglich nicht abgestellt werden kann.

3.3.5 Der Beschwerdeführer bringt vor, er leide neu auch unter *Schmerzen im Knöchel* (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III Art. 3). Diese Parteibehauptung findet in den aktuelleren medizinischen Akten jedoch keinen Rückhalt, womit der Beschwerdeführer offenbar eine diesbezügliche ärztliche Behandlung selbst nicht für erforderlich hält. Immerhin ist augenfällig, dass er bereits im Jahr 2009 über Schmerzen in der Aussenknöchelregion bzw. im Sprunggelenksbereich klagte, jedoch keine relevante Pathologie festgestellt werden konnte und die Bildgebung des OSG rechts weder Hinweise für degenerative noch für ossäre Veränderungen zeigte (AB 5.3/18 f.). Ohnehin macht er zu Recht nicht geltend, die aktuellen Schmerzen könnten nicht ohne weiteres analgetisch behandelt werden bzw. würden ihn an der Ausübung einer im Zumutbarkeitsprofil umschriebenen leidensangepassten Tätigkeit (AB 47/3, 48/10 Ziff. 7) hindern.

3.3.6 Beschwerdeweise wird auf eine *psychiatrische Beeinträchtigung* hingewiesen. Es bestehe eine depressive Entwicklung und der Beschwerdeführer nehme seit längerer Zeit Antidepressiva ein. Eine fachärztliche Behandlung sei «aufgegleist», da sich der Gemütszustand verschlechtert habe (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3). Obwohl bereits im Einwand vom 14. Januar 2014 (AB 59) angegeben wurde, dass eine Behandlung «aufgegleist» werde, sind bis zur Beschwerdeerhebung am 25. April 2014 – soweit ersichtlich – keine entsprechenden Bemühungen unternommen bzw. dokumentiert worden, womit offensichtlich – was die Wortwahl («Gemütszustand» [AB 59/2 bzw. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3]) nahelegt – keine psychiatrische Erkrankung vorliegt, welche geeignet sein könnte, die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen. Des Weiteren ist auch die behauptete frühere Behandlung durch einen Psychiater bzw. Psychologen (vgl. AB 59/2 bzw. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 3) nicht belegt, vielmehr wurde im psychiatrischen Konsilium vom 19. Dezember 2012 von Dr. med. F._____ festgehalten, bisher habe keine psychiatrische Behandlung stattgefunden, aber der Hausarzt habe den Versicherten bei einem Psychiater angemeldet (AB 19.3/4). Diese Aussage wurde in der seitens des Beschwerdeführers am 20. Februar 2013 erhobenen Kritik am Konsilium (AB 27/1) nicht beanstandet, so dass sie als zutreffend zu gelten hat. Auch gegenüber Dr. med. G._____ erklärte der Beschwerdeführer, die psychiatrische Behandlung sei im September 2011 «kurz ein Thema beim Hausarzt» gewesen, er habe diesbezüglich jedoch kein Interesse bekundet (AB 19.4/4). Dass er keine psychiatrische Behandlung beansprucht, stützt die Schlussfolgerung von Dr. med. F._____, dass keine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Mai 2014, 9C_738/2013, E. 3.4.2 [zur Publikation vorgesehen]). Selbst aus einer Behandlungsbedürftigkeit könnte im Übrigen nicht auf ein invalidisierendes psychisches Leiden geschlossen werden (vgl. Entscheid des BGer vom 30. November 2009, 9C_511/2009, E. 4.3.2). Dass der Psychiater die Tochter des Beschwerdeführers als Dolmetscherin heranzog, ist insoweit unschädlich, als es sich beim durch die Trägerin der Kollektivkrankentaggeldversicherung veranlassten Bericht vom 20. Februar 2013 (AB 19.3) ohnehin nicht um eine verwaltungsexterne Expertise mit entsprechend erhöhtem Beweiswert handelt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154

E. 4.3) und Familienangehörige ausnahmsweise selbst im Rahmen eines Administrativgutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG ohne Beweiswerterschmälerung als Übersetzer eingesetzt werden könnten (vgl. BGer 9C_738/2013 E. 3.3). Schliesslich spricht auch die geltend gemachte Einnahme von – wohl durch den Hausarzt wegen einer depressiven Entwicklung (AB 16/2) verschriebenen – Antidepressiva (Citalopram, Remeron [AB 16/3 Ziff. 1.5, 19/4, 52]) nicht für eine relevante psychiatrische Erkrankung. Eine Dysthymie oder eine (leicht- bzw. mittelgradige) depressive Episode (vgl. DILLING/MAMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V[F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 8. Aufl., 2011, S. 169 ff. bzw. S. 183 f.) wäre jedenfalls rechtsprechungsgemäss prinzipiell nicht als invalidisierend einzustufen (vgl. Entscheidung des BGer vom 9. August 2011, 8C_369/2011, E. 4.3.2; SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44 E. 2.2).

3.4 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die gegen die Beurteilung von Dr. med. D._____ und Dr. phil. E._____ (AB 47 f., 62 f.) erhobene Kritik nicht verhängt und auch die übrige Aktenlage nicht auf Gesundheitsschäden schliessen lassen, die geeignet wären, die attestierte medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. das betreffende Zumutbarkeitsprofil in Zweifel zu ziehen. Auch ein Widerspruch im Abklärungsbericht AMA vom 16. August 2013 (AB 48) ist nicht auszumachen (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Art. 4). Die Aussage, dass der Beschwerdeführer ein verzögertes Auffassungs- und Umsetzungsvermögen «zeigte» bzw. dass dieses stark verzögert «schien» (AB 48/5 Ziff. 5) widerspricht der Aussage, dass für eine kognitive oder psychische Beeinträchtigung kein Hinweis bestand (AB 48/10 Ziff. 7), nicht. Vielmehr wurde damit zum Ausdruck gebracht, dass die gezeigten Einschränkungen nicht erklärbar waren. Dazu wiederum finden sich weitere Anhaltspunkte im Abklärungsbericht, so soll der Eindruck entstanden sein, «dass der Versicherte die ihm gegebenen Leistungsmöglichkeiten nicht voll» ausgeschöpft habe (AB 48/10 Ziff. 7) bzw. soll «die Arbeitsmotivation kaum ersichtlich» gewesen sein (AB 48/10 Ziff. 9). Schliesslich spricht das Ergebnis der AMA auch für die seitens von lic. phil. H._____ geäusserte Annahme, dass der Beschwerdeführer in der neuropsychologischen Abklärung nicht seine volle Leistungsfähigkeit aufgedeckt habe (vgl. E. 3.3.4 hievor). Nach dem

Dargelegten ermittelte die Beschwerdegegnerin den entscheidewesentlichen Sachverhalt in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) vollständig und rechtsgenügend. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4) hat er keinen formellen «Anspruch auf eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung»; es ist zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (vgl. BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

Im Weiteren sind die erwerblichen Auswirkungen der erstellten medizinischen bzw. neuropsychologischen Ausgangslage zu prüfen.

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).

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 129 V 222).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung ange-

passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

4.3 Nach der medizinischen Aktenlage ist ab 18. August 2011 eine (längere) Arbeitsunfähigkeit dokumentiert (AB 5.3/10 Ziff. 3, 9/4 Ziff. 2.14, 16/3 Ziff. 1.6, 16/20) und die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte nach Ablauf des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) verspätet (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) im September 2012 (AB 1), womit der für die Ermittlung des Invaliditätsgrades frühestmögliche Rentenbeginn (vgl. E. 4.1 hievor) am 1. März 2013 massgebend ist (vgl. auch AB 12/2 lit. G).

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung vom 12. März 2014 (AB 64) für das Valideneinkommen, ausgehend von den

Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 5. Oktober 2012 (AB 9/3 Ziff. 2.10, 12/1 lit. C Ziff. 6), ein Bruttojahreslohn von Fr. 65'910.-- (Fr. 5'070.-- x 13 Monate) heran (AB 64/1).

Da der Beschwerdeführer seine letzte Arbeitsstelle gemäss Angaben des früheren Arbeitgebers aus wirtschaftlichen Gründen verlor (vgl. AB 9/2 Ziff. 2.2, 12/1 lit. C Ziff. 1, 29/3, 40/3) und die andauernde ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit erst einen Tag nach Entgegennahme der Kündigung bestand (vgl. AB 19.4/2, 19.4/4, 47/2, 48/9 Ziff. 7), ist für das Valideneinkommen auf den Tabellenlohn gemäss LSE abzustellen (vgl. E. 4.2.1 hievor). Trotz des Austrittszeugnisses der früheren Arbeitgeberin vom 31. Mai 2012 (AB 29/2 f., 40/2 f.), welches den Beschwerdeführer als «sehr gute[n] ... mit angelerntem ...fachwissen» bezeichnet, ist aufgrund seiner Berufsanamnese (AB 19.4/2, 28/2, 29/4) und der Tatsache, dass er über keine Berufsbildung verfügt (AB 1/4 Ziff. 5.3, 12/1 lit. B, 48/3), sowie mit Blick auf den ausgerichteten Lohn (AB 9/4 Ziff. 2.12, 10), davon auszugehen, dass er bloss die Funktion eines Hilfsarbeiters ausübte. Folglich ist für das Valideneinkommen – wie für das Invalideneinkommen – auf das Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der LSE abzustellen.

4.3.2 Da beide Vergleichseinkommen anhand des gleichen Tabellenlohns berechnet werden, erübrigt sich deren betragsmässige Ermittlung inkl. Aufindexierung auf das Jahr 2013. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4). Ein Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) rechtfertigt sich vorliegend nicht, da der Beschwerdeführer über eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit verfügt (vgl. SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 E. 4.3.2) und die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie [BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1]) auch bei der Festlegung des – ebenfalls statistisch erhobenen – Valideneinkommens zu berücksichtigen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit beträgt der Invaliditätsgrad 0%. Selbst mit dem von der Beschwerdegegnerin zugelassenen leidensbeding-

ten Abzug (vgl. AB 64/1) würde lediglich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 % resultieren.

Die angefochtene Verfügung vom 12. März 2014 (AB 64) ist somit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 25. April 2014 erweist sich als offensichtlich unbegründet und ist abzuweisen.

5.

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

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und grundsätzlich dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen. Zu prüfen bleibt indes das Gesuch um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege.

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

Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Praxis Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen hat ein Begehren nicht als aussichtslos zu gelten, wenn Gewinnaussichten und Verlustgefahren sich ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist dabei, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung

zu einem Prozess entschliessen oder aber davon absehen würde (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 135; SVR 2011 UV Nr. 6 S. 23 E. 6.1).

Vorliegend hat der Beschwerdeführer eine Verfügung angefochten, die auf einem umfassend abgeklärten medizinischen Sachverhalt basierte und mit schlüssigen Berichten begründet wurde. Aus der gesamten Aktenlage lässt sich die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit anhand einer antizipierten und summarischen Beweiswürdigung nicht herleiten, zumal der Beschwerdeführer zu keinem seiner neu geltend gemachten bzw. angeblich verstärkt aufgetretenen Probleme einen aktuellen Arztbericht vorgelegt hat. Auch kann mit dem blossen Behaupten eines polymorbiden Zustands nicht ein Anspruch auf eine verwaltungsexterne polydisziplinäre Begutachtung begründet werden. Das Prozessrisiko erscheint vor diesem Hintergrund als derart ungünstig, dass auch eine über die notwendigen monetären Mittel verfügende Person ein solches Beschwerdeverfahren kaum anstrengen würde. Demgemäss ist die getroffene Rechtsvorkehrung als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren. Ob die anwaltliche Verbeiständung geboten und die Voraussetzung der Prozessarmut erfüllt gewesen wäre, kann somit prinzipiell offen bleiben. Nur am Rande sei deshalb erwähnt, dass hinsichtlich der geltend gemachten Prozessarmut gewichtige Zweifel anzubringen wären: Vorab müssten die Prämien für die Zusatzversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) beim zivilprozessualen Zwangsbedarf gemäss lit. C Ziff. 2 lit. b des Kreisschreibens Nr. 1 der Zivilabteilung des Obergerichts und des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 25. Januar 2011 (KS Nr. 1) unberücksichtigt bleiben (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 5, Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB] 5 f.). Sodann ist der Beschwerdeführer Alleineigentümer eines Dreifamilienhauses, wobei zwei Wohnungen durch den Sohn bzw. eine der Töchter und dessen/deren Familien bewohnt werden (vgl. AB 19.4/3, 56/4). Trotzdem wurden in der Gegenüberstellung der Einnahmen und Ausgaben lediglich die Kosten für die Liegenschaft, aber keine Mietzinseinnahmen deklariert und es wurde auch nicht angegeben, dass die erwerbstätigen Kinder wenigstens helfen würden, die Liegenschaftskosten zu tragen. Die Angaben im Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sind demnach unvollständig und es wären erhebliche zusätzliche (effektive bzw. hypothetische)

Einnahmen anzurechnen bzw. es müsste geprüft werden, inwieweit das Immobilienvermögen zur Prozessführung (durch eine weitere hypothekari-sche Belastung bzw. eine Begründung von Stockwerkeigentum und nach-herige zumutbare Veräusserung) angezehrt werden könnte (vgl. lit. F KS Nr. 1). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach abzuwei-sen.

5.3 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Um-kehrschluss).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.