

200 14 560 IV
SCP/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Januar 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob



A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

_____ gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Mai 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 21. April 2008 unter Hinweis auf eine Angststörung mit Panikattacken und «tägliches Erbrechen» bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 10). Diese erteilte Kostengutsprache für eine Integrationsmassnahme in Form eines Belastbarkeits- bzw. Aufbautrainings vom 1. März bis 15. August 2010 in der Stiftung D. _____ (vgl. AB 47, 53, 55, 60). Danach ermittelte sie anhand eines polydisziplinären Gutachtens der MEDAS J. _____ (vgl. AB 72-74, 78) Invaliditätsgrade von 100 % ab 15. Oktober 2008 bzw. von 34 % ab 1. Mai 2010 und sprach ihm mit Verfügung vom 27. Juli 2012 (AB 92) eine vom 1. Oktober 2008 bis 30. April 2010 befristete ganze Invalidenrente zu.

B.

Auf Beschwerde hin (vgl. AB 95) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 15. Januar 2013, IV/12/846 (AB 103), die Verfügung gestützt auf einen gemeinsamen Antrag der Parteien auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IVB zurück. Diese veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS E. _____ (vgl. AB 143.2-143.4) und stellte dem Versicherten daraufhin, unter Annahme einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit, mit Vorbescheid vom 11. März 2014 (AB 144) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 146) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 149) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 12. Mai 2014 (AB 150) einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

C.

Mit Eingabe vom 10. Juni 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; eventualiter sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Gleichzeitig ersuchte sie um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, insbesondere unter Verweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 10. Juli 2014, auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. August 2014 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, bezogen auf die vorläufige Befreiung von der Kosten- und Vorschusspflicht, gut und ersuchte im Rahmen einer Beweismassnahme die MEDAS E. _____ um Erläuterung bzw. Ergänzung der Expertise vom 13. Februar 2014 (AB 143.2-143.4).

In Kenntnis der Stellungnahme der Gutachterstelle vom 27. August 2014 hielt der Beschwerdeführer mit Zuschrift vom 20. Oktober 2014 an seinen Rechtsbegehren fest, legte weitere Dokumente ins Recht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB] 5-7) und reichte am 28. Oktober 2014 aufforderungsgemäss (vgl. Verfügung vom 22. Oktober 2014) zusätzliche medizinische Unterlagen nach (BB 8-10).

Zu der seitens des Instruktionsrichters am 30. Oktober 2014 eingeholten weiteren Stellungnahme der MEDAS E. _____ vom 26. November 2014 äusserte sich der Beschwerdeführer am 17. Dezember 2014 unter Beilage eines Schreibens des behandelnden Psychiaters vom 6. Dezember 2014 (BB 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 17. Dezember 2014 auf Schlussbemerkungen und bestätigte ihren Antrag.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 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 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 12. Mai 2014 (AB 150). 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).

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). Er-

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).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2).

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 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2014 (AB 150) in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf die Erkenntnisse des Gutachtens der MEDAS E. _____ vom 13. Februar 2014 (AB 143.2-143.4) sowie die Beurteilung des RAD vom 2. Mai 2014 (AB 149). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden weitere medizinische Berichte eingereicht und seitens der MEDAS E. _____ ergänzende bzw. erläuternde Stellungnahmen abgegeben (in den Gerichtsakten). Diesen medizinischen Akten lassen sich im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 In der MEDAS E. _____ wurde der Beschwerdeführer allgemein internistisch, neurologisch, gastroenterologisch und psychiatrisch exploriert, wobei als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10: F40.01) festgestellt werden konnte (vgl. AB 143.3/54 Ziff. 7.1.1). Während die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit seit September 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten, bescheinigten sie für eine leidensadaptierte Beschäftigung (keine Tätigkeit in engen Räumen, in Menschenmengen oder als Autofahrer) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 143.2/56 f. Ziff. 8.1.1 f. bzw. 8.2.1 f.). Sie erklärten, Art und Ausmass der Ängste bzw. der Panikattacken seien auf eine Stress- und Angstreaktion zurückzuführen. Solche Reaktionen dauerten meistens nur kurz an und würden aufgrund der im Körper angelegten Steuerungsvorgänge automatisch und spontan wieder heruntergeregelt (vgl. AB 143.2/44 Ziff. 5.4.3). Sie wiesen zudem darauf hin, dass ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vorliege (vgl. AB 143.2/59 Ziff. 1) und die Beeinträchtigungen sich durch eine adäquate kognitiv-verhaltenstherapeutische sowie medikamentöse Behandlung und eine absolute Alkoholkarenz vermindern liessen. Der Therapieerfolg setze jedoch voraus, dass der Beschwerdeführer im therapeutischen Prozess aktiv mit-

wirke und motiviert sei, seine Beschwerden adäquat zu verarbeiten (vgl. AB 143.2/58 Ziff. 8 f.).

3.1.2 Nachdem der behandelnde Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 27. März 2014 das Bestehen einer zusätzlichen generalisierten Angststörung sowie einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt postuliert hatte (vgl. AB 146), nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 2. Mai 2014 hierzu Stellung (vgl. AB 149) und hielt dessen Einwände für nicht nachvollziehbar.

3.1.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte der Beschwerdeführer ein weiteres Schreiben von Dr. med. F._____ vom 20. Mai 2014 (BB 4) ins Recht. Darin bekräftigte der Psychiater seine Ansicht, wonach zusätzlich eine generalisierte Angststörung vorliege, die im Übrigen bereits durch den Psychiatrischen Dienst K._____ diagnostiziert worden sei. Dem Alkoholkonsum mass er keine wesentliche Bedeutung bei, jedoch müsse sich der Beschwerdeführer in letzter Zeit wieder mehrmals täglich übergeben und bereits im Gutachten der MEDAS J._____ sei ein psychogenes Erbrechen diagnostiziert worden.

3.1.4 Dr. med. G._____ ging in ihrer Stellungnahme vom 10. Juli 2014 (in den Gerichtsakten) davon aus, dass vor einer erneuten psychiatrischen Beurteilung ein Abstinenznachweis für Alkohol und Benzodiazepine über sechs Monate vorliegen müsste, damit ausgeschlossen werden könnte, dass substanzinduzierte Anteile am geltend gemachten Gesundheitsschaden vorhanden seien. Auf das Gutachten der MEDAS E._____ könne aber insofern abgestellt werden, als darin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit bescheinigt worden sei.

3.1.5 Der Chefarzt der MEDAS E._____, Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, beantwortete zusammen mit dem Gutachter Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 27. August 2014 die Fragen des Instruktionsrichters. Sie erklärten, die vom behandelnden Psychiater postulierte generalisierte Angststörung basiere auf den nicht kohärenten subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und könne nicht bestätigt werden.

Zudem bestehe seit Jahren ein schädlicher Gebrauch von Alkohol, der alleine zu neurovegetativen Beschwerden führen könne, die einer Panikattacke ähnelten. Bei einem Entzug könnte eine Exazerbation von bereits vorhandenen Angstsymptomen auftreten, weshalb zur Behandlung eine absolute Alkoholabstinenz notwendig sei. Des Weiteren könne auch beim Konsum bzw. Absetzen von Benzodiazepinen eine ähnliche Angstsymptomatik auftreten. Eine anhaltende Beeinträchtigung der Affektregulation im Rahmen der Angsterkrankung mit einer daraus resultierenden andauernden Arbeitsunfähigkeit von 40 %, wie sie die MEDAS J. _____ festgestellt habe, könne aufgrund des Verlaufs bzw. der erhobenen Befunde nicht bestätigt werden. Im Übrigen werde darauf hingewiesen, dass der dringende Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn bestehe, der Beschwerdeführer seinen psychischen Zustand aggraviere und dass bei seinen Angaben Inkohärenzen vorlägen.

3.1.6 Dr. med. F. _____ machte am 4. September 2014 nochmals darauf aufmerksam, dass die zusätzliche Diagnose einer generalisierten Angststörung im Psychiatrischen Dienst K. _____ bereits vor Jahren gestellt und bei jedem weiteren Aufenthalt bestätigt worden sei, er habe diese Diagnose aufgrund der bestehenden Symptomatik übernommen. Der Psychiatrische Dienst K. _____ habe zudem Laboruntersuchungen vorgenommen, welche hinsichtlich des Alkoholkonsums normale Werte ergeben hätten, dagegen seien anlässlich der Begutachtung in der MEDAS E. _____ keine entsprechenden Untersuchungen erfolgt. Die geforderte absolute Abstinenz von Alkohol und Benzodiazepinen sei unbegründet. Der entsprechende Konsum sei Folge und nicht Ursache des Problems und das Ausmass der Abhängigkeit werde seitens der MEDAS E. _____ gegenüber der Grunddiagnose viel zu stark gewichtet. Für den von der MEDAS E. _____ angenommenen sekundären Krankheitsgewinn gebe es keinen Anhalt (vgl. BB 5).

3.1.7 In der Folge reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss die Laborbefunde der Psychiatrischen Dienste K. _____ vom Juli 2013 bzw. 2014 (BB 8) sowie die Auszüge aus der von Dr. med. F. _____ echtzeitlich geführten Krankengeschichte von Juli 2013 bis Juli 2014 (BB 9, 10/1 f.) ein; zudem legte er die Korrespondenz zwischen dem behandelnden

den Psychiater und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BB 10/3-5) sowie Berichte des Psychiatrischen Dienstes K. _____ vom 3. Juli 2013 (BB 12), 4. Juli 2014 (BB 11/4 f.) und 16. Juli 2014 (BB 11/1-3) ins Recht.

In ihrer weiteren Stellungnahme vom 26. November 2014 hielten die Dres. med. H. _____ und I. _____ in Kenntnis der neuen Unterlagen an ihrer gutachterlichen Beurteilung fest. Es sei unerlässlich, dass der Beschwerdeführer sich einer geeigneten Suchtbehandlung unterziehe und eine absolute Alkohol- und Benzodiazepinabstinenz erziele, um wieder arbeiten zu können. Er verfüge über gute kognitive und emotionale Ressourcen und eine gezielte Therapie seiner Sucht sei ihm zumutbar. Es sei im Übrigen auf die Diskrepanz hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich subjektiv vollständig arbeitsunfähig fühle, er aber in der Lage sei, seine Freizeit angstfrei zu gestalten. An seiner Motivation und Intention sei zu zweifeln. Seine Lebensführung erwecke den Eindruck, dass nicht die Genesung im Vordergrund stehe, sondern das Erlangen eines sekundären Krankheitsgewinns wie der Aufmerksamkeit der Familie und mutmasslich eine finanzielle Entschädigung in Form einer Invalidenrente.

3.1.8 Am 6. Dezember 2014 hielt Dr. med. F. _____ an seiner Beurteilung fest und vertrat die Meinung, die Gutachter der MEDAS E. _____ unterschätzten insgesamt die Schwere der Erkrankung und interpretierten die Symptome fälschlicherweise völlig einseitig (vgl. BB 13).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.3 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E._____ vom 13. Februar 2014 (AB 143.2-143.4) erfüllt – zusammen mit den im Beschwerdeverfahren abgegebenen Stellungnahmen der Dres. med. H._____ und I._____ vom 27. August und 26. November 2014 – die beweisrechtlichen Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 hievore). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass sich die relevante Gesundheitsbeeinträchtigung auf die psychiatrische Fachdisziplin beschränkt und in diagnostischer Hinsicht eine Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10: F40.01) vorliegt. Insoweit korreliert die gutachterliche Beur-

teilung auch mit der Einschätzung im Vorgutachten der MEDAS J. _____ vom 6. April 2011 (AB 72). Hingegen konnte im Rahmen der Verlaufsbeurteilung weder das seitens der MEDAS J. _____ zusätzlich diagnostizierte psychogene Erbrechen (ICD-10: F50.5; vgl. AB 72/18 Ziff. 4.1) noch die vom Psychiatrischen Dienst K. _____ in den Austrittsberichten vom 4. Juli 2012 (AB 100/2-5) und 3. Juli 2013 (AB 130/2-4) vermerkte und von Dr. med. F. _____ übernommene (vgl. AB 146/3-5, BB 4 f.) Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) bestätigt werden.

Was den Vomitus anbelangt, ist zwar ein Vorfall anlässlich des «Intake-Gesprächs» dokumentiert (vgl. AB 4/5 lit. F Ziff. 1, 25/1, 69/3) und soll der Beschwerdeführer auch anlässlich des Aufbautrainings in der Stiftung D. _____ beim Erbrechen beobachtet worden sein (vgl. AB 60/2 Ziff. 3). Die Vorgutachter der MEDAS J. _____ sahen hingegen nicht, dass sich der Beschwerdeführer übergab (vgl. AB 78/1) und stützten sich diesbezüglich auf seine subjektiven Angaben. Auch Dr. med. G. _____ wies am 9. Februar 2012 darauf hin, dass es schwierig sein werde, diesen strittigen Punkt abschliessend zu klären, weil man dazu den Beschwerdeführer immer wieder tatsächlich erbrechen sehen müsste (vgl. AB 89/2). Die Gutachter der MEDAS E. _____ berücksichtigten bei der Diagnosestellung die anamnestischen Angaben über das Erbrechen, sie erklärten jedoch, dass das Begleiten der Panikattacken von Erbrechen ungewöhnlich sei und das Erbrechen eine andere Ursache hätte. Dementsprechend stellten sie die Diagnose des psychogenen Erbrechens (vgl. dazu: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 9. Aufl. 2014, S. 249 f.) nicht und wiesen diesbezüglich auf die inkohärenten Angaben des Exploranden bzw. auf seine dramatisierte Darstellung der Beschwerden mit Erbrechen hin (vgl. AB 143.2/44 f. Ziff. 5.4.3). Aus demselben Grund sprachen sie sich in der Stellungnahme vom 27. August 2014 auch gegen die Diagnose einer Angststörung aus, was in Anbetracht der durch Aggravation überlagerten Symptomatik nachvollziehbar erscheint. Mit Blick auf die festgestellte Aggravation und Inkohärenz zeigten sie denn auch einleuchtend auf, dass entgegen der Beurteilung der Vorgutachter (vgl. AB 72/18 Ziff. 3) keine anhaltende Beeinträchtigung der Affektregulati-

on vorliegt, die zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 40 % führt (vgl. Stellungnahme vom 27. August 2014 S. 1 Ziff. 3).

Des Weiteren legten die Gutachter schlüssig dar, dass die beklagte Angstsymptomatik ätiologisch auch als neurovegetative Beschwerden interpretiert werden und im Zusammenhang mit dem Alkohol- und Benzodiazepinkonsum stehen kann (vgl. AB 143.2/44 Ziff. 5.4.3; Stellungnahme vom 27. August 2014 S. 1 Ziff. 2). Sie hielten es folglich – ebenso wie Dr. med. G._____ (vgl. Stellungnahme vom 10. Juli 2014) – für unerlässlich, dass der Beschwerdeführer sich einer geeigneten Suchtbehandlung unterzieht und eine absolute Alkohol- und Benzodiazepinabstinenz erzielt (vgl. Stellungnahmen vom 27. August und 26. November 2014). Der behandelnde Dr. med. F._____ hielt dem entgegen, im Psychiatrischen Dienst K._____ seien im Juli 2013 und Juli 2014 normale Laborwerte gemessen und anlässlich der Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS E._____ gar keine Laboruntersuchung durchgeführt worden (vgl. BB 5/2 Ziff. 2; vgl. auch Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. Oktober 2014 S. 2). Diesbezüglich ist vorab darauf hinzuweisen, dass sich der zeitliche Überprüfungshorizont des angerufenen Gerichts grundsätzlich nur bis zur angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2014 (AB 150) erstreckt, weshalb die Laborwerte des Psychiatrischen Dienstes K._____ vom 16. Juli 2014 (BB 8/1 f.) – ebenso wie dessen Austrittsberichte vom 4. bzw. 16. Juli 2014 (BB 11 [fürsorgerische Unterbringung wegen Todesdrohung gegen Ehefrau]) – unberücksichtigt zu bleiben haben (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Zudem wurden durch die MEDAS E._____ im Rahmen der Beurteilung sehr wohl Laboruntersuchungen veranlasst (vgl. AB 14.4/4 f.) und die entsprechenden Erkenntnisse in der Expertise berücksichtigt (vgl. AB 143.2/37 Ziff. 4.2.1, 143.2/41 Ziff. 5.3.2), womit die diesbezügliche Kritik nicht verfängt. Die Gamma Glutamyltransferase (GGT), das mittlere corpusculäre Volumen (MCV) und das carbohydrierte deficiente Transferrin (CDT) sind Labormarker, die einen exzessiven Alkoholkonsum in den Wochen vor Bestimmung anzeigen; erhöhte Werte lassen dabei eher auf das tatsächliche Trinkverhalten schliessen als subjektive Aussagen (vgl. SCHMIDT/GASTPAR/FALKAI/GAEBEL [Hrsg.], Evidenzbasierte Suchtmedizin, 2006, S. 29). Durch den Psychiatrischen Dienst K._____ wurde der CDT-Wert gar nicht erhoben, jeden-

falls ist er im Kummulativbefund vom 4. Juli 2013 nicht dokumentiert (vgl. BB 8/3). Während der MCV-Wert (als am wenigsten sensitiver und spezifischer Marker) sowie das GGT anlässlich der Begutachtung am 16. Dezember 2013 im Referenzbereich lagen, war der CDT-Wert erhöht, was für einen chronischen Alkoholismus spricht (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 468). Auch das Substanz-Screening auf Benzodiazepin war positiv und die Gutachter gelangten zum Schluss, dass der Alkoholkonsum fortgesetzt werde und sicher die angegebene Menge übertreffe (vgl. AB 143.2/37 Ziff. 4.2.1, 143.2/55 Ziff. 7.2.2). Vor diesem Hintergrund kann der Auffassung von Dr. med. F._____, wonach das Ausmass der Abhängigkeit seitens der MEDAS E._____ viel zu stark gewichtet werde und die geforderte Abstinenz von Alkohol bzw. Benzodiazepinen nicht am Platz sei (vgl. BB 5/2 Ziff. 2 f.), nicht gefolgt werden. Soweit er die Schädlichkeit des nachweislich übersteigerten Alkoholkonsums in advokatorischer Weise bagatellisiert, muss er sich im Lichte der Feststellungen hierüber den Vorwurf des sog. co-abhängigen Verhaltens hinsichtlich der Rechtfertigung eines untauglichen Selbstheilungsversuchs gefallen lassen, womit seine Einschätzungen zufolge dieses Näheverhältnisses von geringerer Beweiskraft sind. Schliesslich ist nicht entscheidend, dass der schädliche Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) in der Expertise den Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugeordnet wurde (vgl. AB 143.2/54 Ziff. 7.1.2), haben die Gutachter die Relevanz des Suchtgeschehens in ihren Stellungnahmen vom 27. August und 26. November 2014 doch klar bestätigt.

Auch die weitere Kritik des behandelnden Psychiaters ist nicht geeignet, den Beweiswert des Administrativgutachtens der MEDAS E._____ zu erschüttern, vermochte er doch keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung bzw. in den nachträglichen Stellungnahmen unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 3.2 hievore). Insbesondere kann entgegen seiner sinngemässen Argumentation (vgl. AB 146/4; vgl. auch Beschwerde S. 6 Ziff. V Ziff. 5 in fine) in Anbetracht der gutachterlich festgestellten Aggravation und inkohärenten Aussagen (vgl. AB 143.2/45 Ziff. 5.4.3, Stellungnahme vom 27. August 2014 S. 2 Ziff. 5) aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer beim Aufbau- bzw. Belastungstraining seine Arbeitsleistung nicht steigern konnte (vgl. AB 55/4 f. Ziff. 6 f, 60/4 f.

Ziff. 6 und 8), eine höhere medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden. Nur am Rande sei im Übrigen darauf hingewiesen, dass auch invaliditätsfremde psychosoziale bzw. soziokulturelle Belastungsfaktoren (Ehekonflikte, Trennung, drohende Scheidung [vgl. AB 34/3 Ziff. 1.4, 84/1, 143.2/40 Ziff. 5.2.1 und 5.2.3, 143.2/41 Ziff. 5.4.1, 146/4; BB 9 {KG-Einträge vom 18. Januar 2014, 31. Januar 2014}, 10]) aktenkundig sind, deren Auswirkungen auf die Gesundheit vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind und auszuklammern wären (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 356).

3.4 Gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung der MEDAS E. _____ steht in tatsächlicher Hinsicht fest, dass der Beschwerdeführer trotz der diagnostizierten Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10: F40.01) in einer Verweisungstätigkeit (ohne Verrichtungen in engen Räumen, in Menschenmengen oder als Autofahrer) medizinisch-theoretisch uneingeschränkt arbeitsfähig ist (vgl. AB 143.2/57 Ziff. 8.2.1 f.). Wenn in einer solchen leidensadaptierten Tätigkeit ausnahmsweise eine Panikattacke auftreten sollte, wäre sie nach der gutachterlichen Einschätzung jeweils nur von kurzer Dauer (vgl. AB 143.2/44 Ziff. 5.4.3). Nicht auszuschliessen ist hingegen, dass ohne stress- oder angstauslösende Faktoren allein aufgrund des Alkohol- und Benzodiazepinkonsums Symptome (neurovegetative Beschwerden) auftreten, die einer Panikattacke ähnlich sind (vgl. AB 143.2/44 Ziff. 5.4.3; Stellungnahme vom 27. August 2014 S. 1 Ziff. 2). Ob die Sucht dabei als Folge oder Ursache der Grunderkrankung zu interpretieren ist (vgl. E. 2.1 hievorig; Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. Oktober 2004 S. 2; BB 5/2 Ziff. 3), kann offen bleiben. Denn nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) ist davon auszugehen, dass vom Beschwerdeführer die Überwindung der Suchtproblematik abgefordert werden kann und bei Befolgung adäquater Therapiemassnahmen die beeinträchtigende Symptomatik reversibel wäre (vgl. AB 143.2/58 Ziff. 9 Ziff. 8 f.; Stellungnahme vom 26. November 2014 S. 1). Die Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung durch Dr. med. F. _____ ist dabei unzureichend, da er den Alkohol- und Benzodiazepinkonsum marginalisiert und die Gutachter die bisherige Behandlung auch nicht als geeignete suchtherapeutische Massnahme qualifizierten (vgl. E. 3.3 hievorig bzw. AB 143.2/59 Ziff. 2). Dass während den

geforderten Therapiemassnahmen im Rahmen eines Entzugssyndroms weiterhin neurovegetative Beschwerden auftreten können, ändert nichts an der Zumutbarkeit der Suchttherapie, zumal anzunehmen ist, dass solche Symptome im Rahmen der Behandlung mit adäquater Medikation Rechnung getragen werden kann und es sich dabei lediglich um eine vorübergehende Begleiterscheinung handeln dürfte.

4.

4.1 Nach dem vorstehend Dargelegten ist im Ergebnis prinzipiell unerheblich, ob die beklagten Beschwerden aufgrund der Agoraphobie mit Panikattacken oder als Folge des Suchtgeschehens auftreten, so oder anders ist dem Beschwerdeführer weiterhin medizinisch-theoretisch eine leidensadaptierte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Aus dieser medizinischen Ausgangslage kann in erwerblicher Hinsicht keine rentenrelevante Invalidität fließen.

4.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

Selbst wenn der Beschwerdeführer seine Anstellung als Hilfsarbeiter bei der L. _____ ... nicht aus invaliditätsfremden Gründen (vgl. AB 18/7 lit. E Ziff. 3, 18/10, 19/3 lit. E Ziff. 3, 21/1 Ziff. 3, 23/2, 41/3, 72/18 lit. B, 143.2/41 Ziff. 5.4.2), sondern gesundheitsbedingt verloren haben sollte (vgl. AB 16/14, 72/10 Ziff. 1.2, 72/12 Ziff. 2, 72/17 Ziff. 3, 95/4 Ziff. III Ziff. 2, 143.2/39 Ziff. 5.2.1) – womit für das Valideneinkommen nicht der statistische Tabellenlohn (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30), sondern der Verdienst bei der letzten Arbeitgeberin von höchstens Fr. 46'800.-- (vgl. AB 21/2 Ziff. 16 [Fr. 3'600.-- x 13]) im Jahr 2008 (vgl. AB 10; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; Art. 29 Abs. 1 IVG) heranzuziehen wäre – resultierte aufgrund des hypothetischen Invalideneinkommens (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2

S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1) von Fr. 59'979.-- (Fr. 4'806.-- [vgl. Bundesamt für Statistik {BFS}, Lohnstrukturerhebung {LSE} 2008, Tabelle TA1, Männer, Total, Anforderungsniveau 4] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.6 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total, 2008]) ein Invaliditätsgrad von 0 % ([Fr. 46'800.-- / Fr. 59'979.--] / Fr. 46'800.-- x 100).

Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Mai 2014 (AB 150) einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte. Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 10. Juni 2006 erweist sich als 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. Da mit Verfügung vom 12. August 2014 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen wurde, wird 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), d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten befreit.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer 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):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 17. Dezember 2014)
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2014)
 - 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.