

200 14 772 IV
LOU/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. April 2015

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene A._____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 6. September 2010 (Eingang) unter Hinweis auf psychische Probleme bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese erteilte Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (AB 19, 30 f., 35) und gewährte für eine anschliessend aufgenommene temporäre Teilzeitarbeit (AB 39) Integrationsmassnahmen in Form eines persönlichen Supports am Arbeitsplatz (AB 44, 55). Nachdem sie zunächst eine mono- (AB 59.1) und später eine bidisziplinäre (AB 94.1) medizinische Begutachtung veranlasst hatte, ermittelte die IVB einen Invaliditätsgrad von 14 % und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 31. Januar 2014 (AB 100) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erfolgtem Einwand (AB 103, 106, 109) und Rückfragen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 108, 111) verneinte sie mit Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 116) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 22. August 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. September 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Nachdem Fürsprecher B._____ am 30. September 2014 aufforderungsgemäss seine Kostennote eingereicht hatte, notifizierte er dem Gericht am 12. März 2015 die Auflösung seines Mandats.

Am 18. und 30. März 2015 überbrachte der Beschwerdeführer dem Gericht handschriftliche Eingaben und legte weitere Unterlagen ins Recht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB] 3-20).

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 20. Juni 2014 (AB 116). 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die behandelnde Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im undatierten (am 7. Dezember 2010 bei der Beschwerdegegnerin eingelangten) Bericht (AB 16) als seit Jahren bestehende Diagnosen eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1), eine depressive Verstimmung (ICD-10: F33.1) sowie ein ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom) auf. Sie attestierte Arbeitsunfähigkeitsgrade von 40 % ab 13. Januar 2010, 100 % ab 14. März 2010 und 30 % ab 1. Juli 2010 bis auf weiteres (vgl. auch AB 9, 27).

Im Verlaufsbericht vom 14. Oktober 2011 (AB 41) ging Dr. med. C._____ diagnostisch neu von einer atypischen Psychose (ICD-10: F28) aus, beschrieb einen seit einigen Monaten verschlechterten Gesundheitszustand und bescheinigte ab 1. Mai 2011 und bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Auf Empfehlung des RAD (AB 46) wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, exploriert. Im Gutachten vom 4. Juli 2012 (AB 59.1 [vgl. auch AB 60]) vermerkte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1), eine gegenwärtig leichte Episode einer rezidivierenden

depressiven Störung (ICD-10: F33.0) sowie als Differentialdiagnose eine atypische Psychose mit Verdacht auf eine Negativsymptomatik (ICD-10: F28). Die Differentialdiagnose begründete er mit der schleichenden Zunahme des Rückzugs und der allgemeinen Gleichgültigkeit, nach Rücksprache mit Dr. med. C. _____ zeige und bestätige sich die atypische Psychose im Verlauf der Therapie immer mehr. Er attestierte sowohl für die angestammte als auch für eine Verweisungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit einer zusätzlichen (schwankenden) Leistungseinschränkung zwischen 50 % und 100 %. Er erachtete eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als sinnvoll und stellte eine eher verhaltende Prognose.

3.1.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Infektiologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 13. September 2012, der Beschwerdeführer habe ihn erstmals am 19. März 2012 konsultiert und dabei über eine im Vordergrund stehende Ermüdbarkeit und eine generalisierte Erschöpfung seit einem Zeckenstich im Jahr 1999 geklagt. Als Diagnosen hielt der Arzt einen Verdacht auf eine Neuroborreliose nach Erythema chronicum migrans im Jahr 1999, eine Anpassungsstörung (Differentialdiagnose Schizophrenie mit Minus-Symptomatik) sowie rezidivierende Gonitiden fest. Er gab an, bezüglich der Neuroborreliose sei eine intravenöse Rocephin-Therapie (Breitbandantibiotikum) durchgeführt worden, nachdem im Liquor Antikörper festgestellt worden seien. Aufgrund mangelnder Konzentrationsfähigkeit, generalisierter Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit könnten komplexe intellektuelle Arbeiten nicht mehr durchgeführt werden, die Arbeitsdauer sei deutlich limitiert. Seit zirka zweieinhalb Jahren bestehe im angestammten Beruf eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer um 50 % bis 75 % verminderten Leistungsfähigkeit (AB 68).

Gegenüber der SUVA, die gestützt auf eine Unfallmeldung des Beschwerdeführers vom 4. November 2012 (BB 4) bezüglich des geltend gemachten Zeckenstichs Abklärungen traf, vertrat Dr. med. E. _____ am 21. März 2013 (BB 6) die Meinung, dass weder eine Neuroborreliose noch ein Post-Lyme-Syndrom vorliege.

3.1.4 Nachdem gestützt auf seine Empfehlung (AB 74) ein nephrologischer Bericht des Spitals F. _____ vom 21. November 2012 (AB 76)

eingeholt worden war, erachtete der RAD-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seiner Stellungnahme vom 21. März 2013 (AB 77) zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie zur Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils eine psychiatrische bzw. neuropsychologische Begutachtung für angezeigt.

3.1.5 In der Folge komplettierte die Beschwerdegegnerin im Hinblick auf die bidisziplinäre Begutachtung die Akten mit Laborberichten über Untersuchungen vom Januar, Mai und Juni 2013, die im Auftrag von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erstellt wurden und einen positiven serologischen Befund bezüglich Borrelien-Antikörper (Immunglobulin G), jedoch keinen Hinweis auf eine Neuroborreliose im Liquor zeigten (AB 88).

3.1.6 Im Bericht der Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA vom 15. Mai 2013 (BB 11) diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, einen Status nach Borreliose Stadium 1 im Jahr 2001 sowie ein davon unabhängiges Adynamie-Syndrom. Er erklärte, die Infektion habe zwar zu einer Borreliose des Stadiums 1, nicht aber zu einer Neuroborreliose geführt. Die nunmehr geklagten psychodynamischen Beschwerden sowie die Leistungsminderung könnten nicht auf eine Infektion mit Borrelien zurückgeführt werden.

3.1.7 Am 14. Oktober 2013 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie lic. phil. K._____, Neuropsychologe, exploriert. In der entsprechenden Expertise der MEDAS L._____ (fortan MEDAS L._____) vom 21. November 2013 (AB 94.1) wurde auf unauffällige neuropsychologische Testresultate hingewiesen, als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1) aufgeführt und eine seit März 2010 für die angestammte oder eine Verweisungstätigkeit bestehende uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit 20%iger Leistungsminderung attestiert.

3.1.8 Dr. med. C._____ äusserte sich im Auftrag der damaligen Rechtsvertretung des Beschwerdeführers am 28. Februar 2014 zum MEDAS-Gutachten, hielt an den von ihr bisher gestellten Diagnosen bzw. be-

scheinigten Arbeitsunfähigkeitsgraden fest und ging von einer im letzten Jahr eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus (AB 106).

3.1.9 Am 5. März 2014 äusserte sich Dr. med. H._____ dahingehend, dass die im Jahr 2000 durchgemachte Lyme-Borreliose damals spontan ausgeheilt sei, eine Neuroborreliose nicht diagnostiziert werden könne und das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms zwar möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich sei (BB 18).

3.1.10 Dr. med. G._____ vertrat am 30. April 2014 die Auffassung, dass auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne (AB 108). Daran hielt er in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2014 (AB 111) fest, nachdem Dr. med. D._____ am 4. Mai 2014 gegenüber der damaligen Rechtsvertretung des Beschwerdeführers seine frühere Beurteilung bestätigt bzw. diagnostisch eine Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6) in Betracht gezogen hatte (AB 109).

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).

3.2.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung 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).

3.2.2 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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.3 Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, ergeben sich aus der medizinischen Aktenlage für den hier massgebenden Zeitraum sechs Monate vor der Anmeldung vom September 2010 (AB 2; Art. 28 Abs. 1 lit. b bzw. Art. 29 IVG) bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 116; BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) keine Anhaltspunkte für eine relevante Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Vorab zeigten die nephrologischen Abklärungen im Spital F._____ keine pathologischen Befunde (AB 76). Des Weiteren wurden weder im Zusammenhang mit dem intermittierenden Lumbovertebral-Syndrom mit linksseitigen Hüftschmerzen (AB 76/2), noch mit den rezidivierenden Gonitiden (AB 68/2 Ziff. 1.1) ärztlicherseits funktionelle

Beeinträchtigungen postuliert. Ohnehin ist dokumentiert, dass die beidseitigen Kniebeschwerden anamnestisch bereits im Jahr 2004 auftraten (BB 7, 17) und den Beschwerdeführer damals an der weiteren Ausübung seiner Arbeitstätigkeit nicht hinderten. Schliesslich sind die Dres. med. E._____, H._____, und I._____ mit nachvollziehbaren Argumenten einhellig der Auffassung, dass die geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf eine Neuroborreliose (oder ein Post-Lyme-Syndrom) zurückzuführen sind (BB 6, 11, 18). Dass der Beschwerdeführer die aktuelle Symptomatik auf die unbestritten früher durchgemachte Borreliose zurückführt und einen neurologischen Abklärungsbedarf sieht (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 30. März 2015; BB 3, 5), vermag daran nichts zu ändern. Ein organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden ist medizinisch nicht ausgewiesen. Mit dem RAD-Arzt Dr. med. G._____ (AB 77/3 Ziff. 2) ist folglich davon auszugehen, dass sich weitere Sachverhaltserhebungen in Bezug auf die somatische Situation erübrigen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.4 In psychiatrischer/neuropsychologischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 116) auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. November 2013 (AB 94.1). Diese Expertise erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 3.2 hievor) und erbringt damit vollen Beweis. Zwar wurden im Beschwerdeverfahren zusätzliche medizinische Berichte ins Recht gelegt, die den Gutachtern offenbar nicht vorlagen (BB 6-8, 11-18), diese betreffen jedoch den hier nicht relevanten (vgl. E. 3.3 hievor) somatischen Gesundheitszustand. Der von lic. phil. K._____ in der Anamnese zitierte (AB 94.1/13 Ziff. 4.1) sowie auch von Dr. med. I._____ erwähnte (BB 11/1) Bericht über die neuropsychologische Untersuchung im Spital F._____ vom 9. Oktober 2012 befindet sich – soweit ersichtlich – nicht in den Akten der Beschwerdegegnerin, dessen Inhalt war dem neuropsychologischen Gutachter indes bekannt. Jedenfalls konnten sich die MEDAS-Experten aufgrund der Unterlagen sowie den klinischen Explorationsgesprächen und testpsychologischen Untersuchungen ein insgesamt lückenloses Bild verschaffen, womit sich auch die Edition der vollständigen SUVA-Akten erübrigt. Anhaltspunkte für die beschwerdeweise vorgebrachte Rüge, die MEDAS-Gutachter hätten sich

nicht eingehend mit der Anamnese auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen beruhten auf einer unvollständigen Datenlage (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 3 Lemma 1), bestehen nicht.

3.4.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J._____ diagnostizierte (einzig) eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1), was mit den initialen Feststellungen der behandelnden Psychiaterin (AB 16/2 Ziff. 1.1) bzw. mit der Beurteilung von Dr. med. D._____ (AB 59.1/17 Ziff. 3.1) korreliert. Hingegen konnte er weder ein depressives Geschehen noch die Diagnose einer atypischen Psychose bestätigen. Er setzte sich dabei eingehend und überzeugend mit den divergierenden Einschätzungen des Vorgutachters Dr. med. D._____ sowie von Dr. med. C._____ auseinander (AB 94.1/11 f. Ziff. 3.4, 94.1/13 Ziff. 3.8). Bezüglich der von der Letzteren postulierten (AB 41) und vom Ersteren als Differentialdiagnose in Betracht gezogenen (AB 59.1/17 lit. A Ziff. 3.1, 59.1/20 lit. B) atypischen Psychose fand Dr. med. J._____ keinen Hinweis für ein eigentliches psychotisches Geschehen (AB 94.1/12 Ziff. 3.4 und 3.8). Vielmehr befragte er den Exploranden explizit nach Halluzinationen, Wahnvorstellungen sowie Beeinträchtigungsideen und stellte fest, dass dieser einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person habe (AB 94.1/11 f. Ziff. 3.2 und 3.4). Auch Dr. med. D._____ stellte keine akuten psychotischen Symptome fest, sondern verwies lediglich auf eine anamnestisch von Dr. med. C._____ einmalig vermerkte wahnhafte Reaktion; er begründete die Differentialdiagnose bloss mit einer schleichenden Zunahme des (sozialen) Rückzugs und der allgemeinen Gleichgültigkeit (AB 59.1/20 lit. B).

3.4.2 Das von Dr. med. J._____ festgestellte Fehlen von Hinweisen für eine eigentliche depressive Störung ist mit Blick auf den erhobenen Psychostatus ebenfalls nachvollziehbar. Es ist im Übrigen augenfällig, dass Dr. med. C._____ diesbezüglich vage blieb, ging sie doch bloss von einer depressiven Verstimmung aus, verwendete im Widerspruch dazu aber den Diagnose-Code (ICD-10: F33.1) für eine gegenwärtig mittelgrade Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (AB 16/2 Ziff. 1.1; vgl. auch AB 41/1 Ziff. 2). Dr. med. D._____ fand anhand der Hamilton-Skala (HAMD; vgl. ROLF-DIETER STIEGLITZ, Diagnostik und Klassifikation in

der Psychiatrie, 2008, S. 72 f.) – entsprechend der Selbstbeurteilung des Exploranden im Beck-Depressions-Inventar (BDI; DIETER STIEGLITZ, a.a.O.) – Hinweise für eine lediglich leicht ausgeprägte depressive Symptomatik (AB 59.1/16 Ziff. 2.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass selbst mittelgradig ausgeprägte Episoden praxisgemäss regelmässig nicht invalidisierend wirken (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_104/2014, E. 3.3.4). So hat die Frage, ob eine rezidivierende depressive Störung anzunehmen ist, für den Beschwerdeführer nach eigener Darstellung denn auch eine untergeordnete Bedeutung (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 3 Lemma 4).

3.4.3 Dr. med. J._____ interpretierte die geklagte Müdigkeit im Rahmen der Persönlichkeitsstörung und berücksichtigte bei der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit richtigerweise auch die aktive Gestaltung des Alltags, während die Dres. med. D._____ und C._____ sich hauptsächlich an den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und dem von ihm während des Arbeitstrainings in der Abklärungsstelle M._____ (AB 30), faktisch präsentierten Leistungsvermögen zu orientieren schienen. So gab die behandelnde Psychiaterin beispielsweise an, die Abklärung in der Abklärungsstelle M._____ habe ergeben, dass der Beschwerdeführer zu 50 % auf seinem angestammten Beruf «erwerbsfähig» (richtig wohl: arbeitsfähig) sei (AB 41/4 ad Ziff. 2; vgl. auch AB 406/6 ad Ziff. 5) und Dr. med. D._____ wies auf den Umstand hin, dass der Beschwerdeführer unpünktlich wurde, sobald während des Arbeitstrainings das Arbeitspensum (über 50 %) gesteigert werden sollte (AB 59.1/22 lit. C Ziff. 2), woraus er offenbar auf eine entsprechende Limitierung schloss. Zwar darf den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden, es obliegt aber in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, den Gesundheitsschaden zu beurteilen und zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2). Dies haben hier weder Dr. med. D._____ noch Dr. med. C._____ getan.

3.4.4 Die seitens der Dres. med. D._____ und C._____ am MEDAS-Gutachten erhobene Kritik verfängt nicht. Inwiefern das Vorherrschen von Negativsymptomen bei nur sehr diskreten Positivsymptomen am ehesten mit der Diagnose einer atypischen Psychose vereinbar sein soll (AB 106/5), erläuterte Dr. med. C._____ nicht näher und ist auch nicht einleuchtend, da unter diese Residualkategorie Fälle subsumiert werden, in denen psychotische Symptome – mithin Positivsymptome – bestehen, wobei aber die diagnostischen Kriterien für andere psychische Störungen nicht erfüllt werden (vgl. MICHAEL DIETRICH, Handbuch Psychologie & Seelsorge, 6. Aufl. 2000, S. 354; vgl. zum Begriff der Positiv- bzw. Plus-Symptome: JOSEF BÄUML, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, 2005, S. 14; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1716). Auch die diagnostischen Leitlinien stützen die Argumentation der Psychiaterin nicht, zumal sie die unspezifische Klassifikation F28 der ICD-10 (sonstige nichtorganische psychotische Störungen; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 155) verwendete (AB 41/1 Ziff. 2). Ohnehin ist die genaue diagnostische Zuordnung bzw. Pathoätiologie für die Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht entscheidend, sondern primär der Grad der Arbeits(un)fähigkeit (vgl. Entscheid des BGer vom 12. Juni 2013, 9C_166/2013, E. 4.2.2), welche Dr. med. C._____ auf 50 % ab Mai 2011 festsetzte (AB 41/1 Ziff. 5, 106/6 ad Ziff. 5). Sie vermochte diesbezüglich aber nicht überzeugend darzutun, weshalb die im MEDAS-Gutachten attestierte 20%ige Einschränkung nicht zutreffend sein soll und benannte auch keine wesentlichen Aspekte, die im Rahmen der bidisziplinären Administrativbegutachtung unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Allein aus dem Umstand, dass Dr. med. J._____ – anders als Dr. med. C._____ (AB 106/5 ad Ziff. 2) – nicht explizit von einer Exazerbation bzw. einem «Knick in der Lebenskurve» ausging, lässt sich nicht darauf schliessen, er sei von einer unzutreffenden Anamnese ausgegangen bzw. habe den dokumentierten Gesundheitsverlauf zu wenig gewürdigt.

Auch die abweichende Auffassung des Vorgutachters Dr. med. D. _____ ist nicht geeignet, den Beweiswert der MEDAS-Expertise vom 21. November 2013 (AB 94.1) zu erschüttern. Einerseits setzte sich Dr. med. J. _____ mit dessen Einschätzungen aus dem Jahr 2012 (AB 59.1) auseinander (AB 94.1/11 f. Ziff. 3.4, 94.1/13 Ziff. 3.8), andererseits kann auf die Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 4. Mai 2014 (AB 109) nicht abgestellt werden, was auch Dr. med. G. _____ am 26. Mai 2014 aufzeigte (AB 111). Dr. med. D. _____ diagnostizierte – ohne neuerliche klinische Exploration und zwei Jahre nach der Begutachtung – neu eine Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6), eine Diagnosestellung, von der die diagnostischen Leitlinien explizit abraten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 138). Die übrigen allein gestützt auf die Akten vorgebrachten Einwände basieren teilweise auf blossen Vermutungen (angebliche Unterstellung eines sekundären Krankheitsgewinns [AB 109/3 Ziff. 1 lit. b]) und sind nicht stichhaltig. Soweit der Beschwerdeführer aus den Ausführungen von Dr. med. D. _____ ableitet, die MEDAS-Gutachter suggerierten ein willentliches «Täuschen-Wollen» (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 4 Lemma 2), kann ihm schon deshalb nicht gefolgt werden, weil diese – auch anlässlich der testpsychologischen Untersuchung – keine Aggravation feststellten. Zwar könnte vorderhand tatsächlich nicht restlos klar sein, wie die im MEDAS-Gutachten bescheinigte 20%ige Einschränkung zu verstehen ist (AB 109/4 f. Ziff. 5), da die Müdigkeit sich sowohl im Sinne einer Unpünktlichkeit auf die Präsenzzeit als auch allgemein auf die Leistungsfähigkeit auswirken könnte. Aus den Ausführungen von Dr. med. J. _____ ergibt sich jedoch, dass es dem Exploranden – wie früher – weiterhin zumutbar ist, ganztags zu arbeiten und sich die Einschränkung auf die Leistungsfähigkeit bezieht (AB 94.1/12 Ziff. 3.5, 94.1/17 Ziff. 6). Selbst wenn die durch eine mitunter unpünktliche Arbeitsaufnahme fehlende Präsenzzeit nicht (arbeitsorganisatorisch oder durch eine sog. Zeitautonomie des Arbeitnehmers) durch einen späteren Feierabend kompensiert werden könnte, hätte dies keinen Einfluss auf die Invaliditätsbemessung, da das Rendement gesamthaft unbezogen davon, ob die Reduktion die Arbeitszeit oder die Leistungsfähigkeit beschlägt, um 20 % reduziert ist.

4.

4.1 Nach dem vorstehend Dargelegten ist gestützt auf die beweiskräftige MEDAS-Expertise vom 21. November 2013 (AB 94.1) in tatsächlicher Hinsicht eine seit März 2010 bestehende medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit 20%iger Leistungsminderung sowohl für die angestammte als auch eine Verweisungstätigkeit erstellt.

4.2 Bei dieser Ausgangslage resultiert aus dem von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Einkommensvergleich (vgl. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136) ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hievon) Invaliditätsgrad von 14 % (AB 116/2). Die Invaliditätsbemessung wurde beschwerdeweise nicht gerügt und die erwerblichen Faktoren geben auch zu keinen Beanstandungen Anlass. Insbesondere stützte sich die Verwaltung für das Valideneinkommen richtigerweise auf den im Jahr 2010 tatsächlich erzielten Bruttolohn (AB 12/2 Ziff. 12 und 20; vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325) und zog für das Invalideneinkommen zulässigerweise die branchenspezifischen statistischen Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung heran (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1), wobei sich kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug (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) rechtfertigte (vgl. SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 E. 4.3.2).

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Verfügung vom 20. Juni 2010 (AB 116) einen Rentenanspruch folglich zu Recht, womit sich die dagegen am 22. August 2014 erhobene Beschwerde als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Eine Kopie der Eingabe vom 30. März 2015 samt Beilagen (BB 3-20) geht an die Beschwerdegegnerin.
2. Die Beschwerde wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.