

200 14 830 IV
SCP/ABE/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. August 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Juli 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2012 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung und im April 2013 zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1, 5). Die IVB tätigte diverse Abklärungen (AB 9 ff.); eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA) in der C._____ wurde am Eintrittstag abgebrochen (AB 39/3), worauf die IVB eine Begutachtung in einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) veranlasste (Expertise vom 23. April 2014 [AB 48.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 50 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 31. Juli 2014 (AB 60) einen Rentenanspruch (IV-Grad: 19%).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. September 2014 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen und die Anordnung einer AMA.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Weitere Unterlagen zur Beschwerde gingen am 28. Oktober 2014 ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 31. Juli 2014 (AB 60). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen.

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).

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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 3. Juli 2012 (AB 9/10) wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom) diagnostiziert. Im Vorfeld der Behandlung sei der Patient in stark angetrunkenem Zustand angefahren worden. Gegenüber therapeutischen Interventionen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit habe sich eine passiv-ablehnende Haltung gezeigt; es bestehe auch eine bedingte Krankheitseinsicht, die zu grossen Teilen auch auf das wenig vorhandene kulturelle Verständnis zurückzuführen sei.

3.1.2 Im Austrittsbericht vom 9. April 2013 des Spitals E. _____ (AB 9/7) wurden als Diagnosen festgehalten: Nicht konklusive epileptische Aktivität, Alkoholabhängigkeitssyndrom, Diabetes mellitus Typ 2, aetyltoxische Leberzirrhose, Dyslipidämie. Der Patient sei auf dem Notfall vorstellig geworden mit einer fraglichen kurzen Absenz im Tram. Gemäss der Ehefrau

komme es immer wieder zu kurzen Episoden von leichter Bewusstseinstörung mit Sprachschwierigkeiten. Im Schädel-CT (AB 30/2) hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt.

3.1.3 Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 3. Mai 2013 (AB 9/2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: St. n. Alkoholabhängigkeiten, Verdacht auf neurodegenerative Erkrankung. Seit Mai 2012 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Der Patient könne sich nicht konzentrieren. Eventuell sei eine geschützte Beschäftigung in einer ... möglich.

3.1.4 Im MEDAS-Gutachten vom 23. April 2014 (AB 48.1) wurden interdisziplinär folgende Diagnosen festgehalten (S. 45):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Epilepsie, wahrscheinlich sekundär generalisiert
 - DD posttraumatisch / bei Alkoholabusus / familiär
2. St. n. Commotio cerebri 08.04.2012
 - mögliche posttraumatische Cephalea mit möglicher migräniformer Teilkomponente
3. Chronisches Schmerzsyndrom rechte Schulter
 - Peritendinose mit intermittierendem Impingement
 - Status nach Schulterkontusion 2012 nach Sturz
 - endgradig eingeschränkte Funktion
4. Schmerzsyndrom linkes Knie
 - beginnende Gonarthrose
 - Status nach Arthroskopie mit medialer und lateraler Meniscusglättung, partielle Synovectomie, Glättung von femoralen und patellären Knorpeldegenerationen, Pridie-Microfrakturierung femoral-medial (18.10.2012)
 - klinisch zufriedenstellendes Ergebnis ohne Funktionsstörung
5. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
 - keine Funktionsstörungen und keine Radikulopathien

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Schuppiges, grossflächiges Exanthem linker lateraler Unterschenkel (DD Neurodermitis)
7. Intermittierendes HWS-betontes myofasiales Schmerzsyndrom
 - schulter-nackenschulter-muskuläre Dysbalance
8. Klinisch beginnende Femoro-Patellararthrose rechts
 - Status nach Kniearthroskopie links mit Meniscusglättung medial und lateral, partieller Synovektomie und Hoffa Resektion, Entfernung einer Plica medialis und freier Gelenkkörper sowie Glättung der femoralen und patellären Knorpeldegenerationen und Mikrofrakturierungen femoral medial am 18.10.2012 wegen Gonarthrose und Retropatellararthrose mit osteochondralen Läsionen links
9. Status nach Alkoholabusus (ICD-10 F10.20)
10. Bildmorphologisch mässige Grosshirnatrophie unklarer Aetiologie (CT 23.04.2012 / MRT 07.05.2012)
 - im Verlauf bisher ohne Progression (CT 03.04.2013)

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. März 2014 (AB 48.4) hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, der Explorand wirke kognitiv nicht wesentlich beeinträchtigt. Hinweise auf eine psychiatrische Störung würden sich nicht finden lassen, insbesondere nicht auf eine affektive oder eine Angststörung. Es zeigten sich auch keine Hinweise auf eine sekundäre Wesensveränderung oder weitere gravierende sekundäre Persönlichkeitsauffälligkeiten durch den Alkoholüberkonsum. Es könne somit aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Eine einfach strukturierte Tätigkeit sei in vollem Umfang möglich (S. 6).

Im neurologischen Teilgutachten vom 26. März 2014 (AB 48.3) legte Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie FMH, dar, es bestehe ein Zustand nach Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri vom 8. April 2012, eine wahrscheinlich posttraumatische Epilepsie (differentialdiagnostisch zusätzlich alkoholtoxische Genese) sowie ein Zustand nach übermässigem Alkoholgebrauch. Die Epilepsie sei unter Keppra zurzeit gut eingestellt. Der Alkoholmissbrauch sei – soweit man dies aus den Akten und den Angaben des Exploranden entnehmen könne – zurzeit sistiert (S. 11). Die im Anschluss an das Schädelhirntrauma vorgelegene Gang- und Extremitätenataxie könne heute nicht mehr nachgewiesen werden. Auch anderweitige Alkoholfolgeerscheinungen (Polyneuropathie, cerebelläre Funktionsstörung oder Störungen der Blickmotorik) könnten nicht objektiviert werden. Wegen der Epilepsie seien Arbeiten zu vermeiden, die mit einer potentiellen Selbst- und/oder Fremdgefährdung einhergehen (insbesondere Arbeiten mit Chauffeur-tätigkeit, an potentiell gefährdenden Maschinen, mit Absturzgefahr oder unregelmässigem Schlaf-Wach-Rhythmus). Die angestammte Tätigkeit als ... müsse teilweise als ungünstig bezeichnet werden (Verbrühungsgefahr bei epileptischem Anfall; S. 12). Für alle anderweitig angepassten Tätigkeiten bestehe aus rein somatisch-neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die beklagten Kopfschmerzen und damit einhergehenden Schwindelbeschwerden würden aufgrund der Aktenlage und der eigenen Untersuchung keine relevante Einschränkung begründen. Da differentialdiagnostisch aufgrund der Anamnese eine posttraumatische Cephalaea möglich sei, könne im Zweifelsfall eine diesbezügliche Leistungseinschränkung von 10% eingeräumt werden (S. 13).

Im orthopädischen Teilgutachten vom 26. März 2014 (AB 48.5) kam Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Schluss, aufgrund der Impingement-Problematik der rechten Schulter, der Kniegelenksarthrose links und der lumbovertebralen Beschwerden seien schwere körperliche Arbeiten mit Heben von Lasten über 10 kg nicht mehr zumutbar, die mit repetitivem Überkopf-Arbeiten oder mit Arbeiten in der Hocke und mit Bücken einhergingen. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, die teils sitzend, teils stehend auf Brustkorbhöhe und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule ausgeführt würden, seien dagegen vollschichtig möglich (S. 7).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 31. März 2014 (AB 48.6) führte lic.phil. J. _____, Neuropsychologe und Psychotherapeut FSP, aus, der Explorand habe klinisch, im Gespräch und im allgemeinen Verhalten keinerlei kognitive, sprachliche und/oder mnestiche Auffälligkeiten gezeigt (S. 9). Eine eindeutige bzw. gesicherte neuropsychologische Diagnose lasse sich unter der nur teilweise gewährleisteten Authentizität der neuropsychologischen Befunde nicht stellen. Das dennoch erfassbare, insgesamt kohärente neuropsychologische Befundbild lasse per se bifrontotemporale Hirnfunktionsstörungen mit insbesondere einer Beeinträchtigung visuell-räumlicher/-exploratorischer Aufmerksamkeitsfunktionen und der kognitiven Umstellfähigkeit/Flexibilität vermuten (S. 10). Indessen würden sich diese neuropsychologischen Funktionsstörungen nicht zuverlässig quantifizieren lassen. Der klinische Eindruck und die anamnestisch gesicherte lebensalltägliche Selbstständigkeit sprächen klar gegen das Vorliegen einer (auch nur leichten) Demenz, welcher Ätiologie auch immer. Aufgrund der ungenügend gesicherten Authentizität der neuropsychologischen Befundlage sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf klinischer und allgemein anamnestischer Grundlage vorzunehmen. Eine vermehrte mentale Ermüdbarkeit bestehe im Lebensalltag nicht; eine solche lasse sich auch klinisch im Rahmen der insgesamt etwa 5-stündigen neuropsychologischen Untersuchung nicht beobachten. Für einfache Verweistätigkeiten/Hilfsarbeiten im derzeitigen Betätigungsfeld wie auch für die frühere Hilfstätigkeit im ... beständen von neuropsychologischer Seite keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit (S. 11).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 31. März 2014 (AB 48.7) legt Dr. med. K._____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, dar, aus rein rheumatologischer Sicht lägen keine Befunde vor, die in der aktuellen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten (S. 8). Bezüglich einer alternativen Tätigkeit sei darauf hinzuweisen, dass keine Arbeit mit spezifischer Belastung der Schmerzregionen gesucht werden sollte; ansonsten beständen keine Einschränkungen (S. 9).

Aus gesamtmedizinischer Sicht seien leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen vollschichtig zumutbar mit einer Leistungseinschränkung von 10% (AB 48.1/51).

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).

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).

3.3 Die MEDAS-Expertise vom 23. April 2014 (AB 48.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung (E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Sie beruht auf einlässlichen Untersuchungen, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, unter Beizug eines Dolmetschers sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Sodann waren sämtliche aufgrund der geltend gemachten Beeinträchtigungen in Frage kommenden medizinischen Fachrichtungen daran beteiligt. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geäußerte Kritik an der neuropsychologischen Einschätzung ist Folgendes festzuhalten: Zunächst legte der Gutachter – entgegen der Darstellung in der Beschwerde (S. 4) – sehr wohl dar, welche Tests durchgeführt wurden und wie die Ergebnisse ausgefallen sind (AB 48.6/5 ff.). Während in der klinischen Untersuchung, im Gespräch und im allgemeinen Verhalten keinerlei kognitive, sprachliche und/oder mnestiche Auffälligkeiten ersichtlich waren, ergaben sich in den Tests Anzeichen für wechselnde, inkonstante Leistungen (AB 48.6/9 f.). Die Zweifel an einer konstanten Leistungsbereitschaft hat der Gutachter sodann durchaus begründet: Bei Aufgabestellungen, die dem Beschwerdeführer zu schwer erschienen seien bzw. die er nicht auf Anhieb umzusetzen gewusst habe, habe er indifferent „drauflos“ geraten (AB 48.6/10). Diese Erklärung wird denn auch durch ein auffälliges Abschneiden in einem Symptomvalidierungstest und das Nichterfüllen weiterer, verdeckter Validierungskriterien untermauert (AB 48.6/10). Insofern ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Authentizität der neuropsychologischen Befunde nur als teilweise gewährleistet erachtet wurde (AB 48.6/10) bzw. das wahre Ausmass der Funktionsstörungen nicht mit ausreichender Gewähr beurteilt werden konnte (AB 48.6/9). Dass der Neuropsychologe die Arbeitsfähigkeit deshalb (auch) auf klinischer und anamnestischer Grundlage eingeschätzt hat (AB 48.6/11), ist somit nicht zu beanstanden. Von einer willkürlichen Beurteilung (Beschwerde, S. 4 unten) kann jedenfalls nicht gesprochen werden.

3.3.2 Soweit sich der Beschwerdeführer auf eine Frontallappendegeneration beruft (Beschwerde, S. 4 unten), ist festzustellen, dass eine solche Diagnose weder früher noch aktuell im Raum stand bzw. steht. Vielmehr wurde bildmorphologisch eine leichte bifronto-parieto-temporale Grosshirn-atrophie (MRI) bzw. eine generalisierte und temporoparietale Atrophie (CT) festgestellt (vgl. AB 35/5, bei Ziff. 1 und 2). Da somit nicht spezifisch der Frontallappen, sondern auch andere Bereiche des Grosshirns von der (leichten) Atrophie betroffen sind, mithin ein generalisierter Hirnschwund vorliegt, ist dem Einwand, der Gutachter habe medizinische Zusammenhänge übersehen (Beschwerde, S. 4 f. mit Hinweis auf Beschwerdebeilage [BB] 6), die Grundlage entzogen, zumal die anwaltlich vorgetragene Kritik durch keinen einzigen Arztbericht gestützt wird. Angesichts der Tatsache, dass für den entsprechenden radiologischen Befund kein klinisches Korrelat besteht (AB 48.3/11), ist die Einschätzung der Gutachter, die Grosshirn-atrophie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 48.1/46), ohne weiteres nachvollziehbar.

3.3.3 Was die Ursache der Epilepsie anbelangt, ist sodann festzustellen, dass sich die Gutachter – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 f.) – mit dieser Frage ausführlich auseinandergesetzt haben. So legte der Neurologe dar, dass neben der (aufgrund des zeitlichen Konnexes mit dem Schädelhirntrauma [2012]) naheliegenden posttraumatischen Genese differentialdiagnostisch auch ein Zusammenhang mit der Alkoholintoxikation bzw. dem Entzug (AB 48.3/9) sowie eine familiäre Disposition (AB 48.3/10) in Betracht gezogen werden müssten. Daraus, dass eine (hier nicht diagnostizierte) Frontallappendegeneration (ganz generell) epileptische Anfälle auslösen kann (vgl. BB 6), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Seine Epilepsie ist – unabhängig ihrer Genese – medikamentös gut eingestellt (AB 48.3/11). Das anlässlich der Begutachtung durchgeführte Elektroenzephalogramm (EEG) war denn auch nur leicht pathologisch und fiel ohne Epilepsie-beweisende Potentiale aus (AB 48.3/9). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter der Epilepsie im Rahmen einer angepassten Tätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben haben.

3.3.4 Weiter ist festzustellen, dass sich die früher im Raum gestandene Verdachtsdiagnose einer neurodegenerativen Hirnerkrankung (vgl. AB 9/2, 9/12, 35/6) nicht bestätigen liess. Der neurologische Gutachter führte nachvollziehbar aus, der klinische Verlauf der somatisch-neurologischen Symptomatik mit regredienter Gang- und Koordinationsstörung spreche gegen eine neurodegenerative Erkrankung. Auch anlässlich der Begutachtung zeigte sich ein unauffälliger Befund; der Neurologe verneinte insbesondere eine Ataxie sowie anderweitige auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisende Befunde. Ausserdem war die Grosshirnatrophie im Vergleich zur Voruntersuchung nicht progredient, sondern stationär (AB 48.3/11; vgl. bereits AB 14/5).

3.3.5 Schliesslich ist mit Blick auf neuropsychologische Abklärungen darauf hinzuweisen, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung neuropsychologische Testresultate durchaus bedeutsam sein können, allein jedoch nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse – welche der Beschwerdeführer zu Recht nicht in Zweifel zieht – schlüssig einfügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 340; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, U 160/98 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht], I 542/05 vom 17. November 2006, E. 4.1). Vorliegend bestehen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit (AB 48.4/6). Dagegen räumt der neurologische Gutachter differenzialdiagnostisch die Möglichkeit posttraumatischer Cephalaea ein, woraus sich „im Zweifelsfall“ eine Leistungseinschränkung von 10% ableiten lasse (AB 48.3/13). Diese – auf der Anamnese beruhende (vgl. AB 48.3/13) – Leistungseinschränkung erweist sich insoweit als wohlwollend, als den beklagten Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden fragliche Alltagsrelevanz beigemessen wird und diese aufgrund der neurologischen Untersuchung eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu begründen vermögen (AB 48.1/49, 48.3/13).

3.3.6 Die nach Verfügungserlass zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstatteten Berichte der Hausärztin vom 1. September und 23. Oktober 2014 (BB 7, 10) vermögen die breit abgestützten Aussagen des beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Wenn Dr. med. F. _____ den Beschwerdeführer für äusserst unselbstständig, abhängig von seiner Ehefrau und Tochter, hilflos und vollständig arbeitsunfähig hält (BB 10), stellt sie dabei auf das von ihm im Rahmen einer Selbstlimitierung zu Hause gelebte Verhalten ab, mit welchem er womöglich einen Krankheitsgewinn erzielt. Ihrer Einschätzung widersprechen nicht nur die anlässlich der verschiedenen Begutachtungen gewonnenen Erhebungen und Erkenntnisse (z.B. erfolgreicher Zwischenabschluss Deutschkurs [AB 48.3/5], fragliche Alltagsrelevanz der Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden [AB 48.3/13], unauffällige Merkfähigkeit [AB 48.6/7], anamnestisch gesicherte lebensalltägliche Selbstständigkeit, keine vermehrte mentale Ermüdbarkeit, weder im Lebensalltag noch in der ca. 5-stündigen Untersuchung [AB 48.6/11]), sondern auch die Beobachtungen im Rahmen von Beschäftigungs- und Integrations-/Förderprogrammen (AB 25/3; BB 4 [dazu vgl. auch E. 3.4 hiernach]). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da die Hausärztin keine Aspekte benannte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, muss es damit sein Bewenden haben (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei eine neuerliche AMA durchzuführen (Beschwerde, S. 6), verkennt er, dass der Zweck der ursprünglich vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) empfohlenen AMA darin lag, das Zumutbarkeitsprofil zu bestimmen (AB 14/7). Nachdem in der Folge jedoch eine umfassende polydisziplinäre Abklärung erfolgt und in diesem Rahmen ein medizinisch-theoretisches Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten formuliert worden ist (AB 48), besteht diesbezüglich kein weiterer Abklärungsbedarf mehr.

Die Einschätzung der Integrationsberaterin im vom Sozialdienst vermittelten Arbeitseinsatz ändert daran nichts. Zum einen geht aus dem entsprechenden Zwischenbericht vom 22. August 2014 (BB 4) hervor, dass der Beschwerdeführer während seines ersten Einsatzes (ab Oktober 2013) sehr zuverlässig und ohne Absenzen gearbeitet hat. Dass er am neuen Einsatzort (ab März 2014) vermehrt abwesend bzw. überfordert war und gesundheitliche Probleme beklagte, hängt mit den dort ausgeübten Arbeiten zusammen. Da Arbeiten in gebückter Haltung nicht mehr zumutbar sind (AB 48.5/7), ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer Rückenprobleme hatte, nachdem er die ... ein- und ausräumte (vgl. BB 4 unten). So deckt sich denn auch die Einschätzung der Integrationsberaterin, es sei „sehr schwierig“, dass der Beschwerdeführer „in der ... im ersten Arbeitsmarkt wieder Fuss fassen“ (BB 4, S. 2) könne, mit derjenigen der Gutachter, wurde die angestammte Tätigkeit als ... doch explizit „teilweise als ungünstig“ (AB 48.3/12) erachtet. Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine leidensangepasste Tätigkeit – zu welchen diejenige in der ... insbesondere wegen der Notwendigkeit, schwere Gegenstände (... usw.) zu tragen und aufgrund der Gefahren im Zusammenhang mit der Epilepsie (AB 48.3/12) nicht gehört – zumutbar ist. Da die zugewiesenen Arbeiten somit nicht dem Zumutbarkeitsprofil entsprachen, lassen sich aus dem entsprechenden Bericht (BB 4) keine verwertbaren Rückschlüsse ziehen, zumal die abschliessende Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit ohnehin den medizinischen Fachpersonen obliegt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2).

3.5 Nach dem Ausgeführten ist auf das von den MEDAS-Gutachtern formulierte medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil abzustellen. Mit Bezug auf eine den intellektuellen Fähigkeiten des Beschwerdeführers entsprechende, d.h. ihn nicht überfordernde Tätigkeit, wobei es sich um einfache und repetitive Hilfsarbeiten handelt, ist grundsätzlich von einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Ob die von den Gutachtern zugestandene Leistungseinschränkung von 10% (AB 48.1/51) im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils oder bei der Verwertung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines Abzugs vom Tabellenlohn zu berücksichtigen ist, kann dabei offen bleiben (vgl. E. 4.2.2 hiernach).

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. 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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung,

Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Da die Früherfassung (2012 [AB 1]) keine Geltendmachung eines Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG darstellt (vgl. Art. 3c Abs. 6 IVG), ist für die Bestimmung des frühestmöglichen Rentenbeginns (Art. 29 Abs. 1 IVG) auf die Anmeldung zum Leistungsbezug (2013 [AB 5]) abzustellen. Massgebend sind folglich die Lohndaten pro 2013.

4.2.1 Ohne Gesundheitsschaden wäre der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich weiterhin als ... tätig. Da er seine angestammte Tätigkeit aus invaliditätsfremden Gründen verloren hat (AB 25/5, 48.4/4), sind zur Ermittlung des Valideneinkommens statistische Durchschnittswerte heranzuziehen. Gestützt auf Tabelle TA1 der LSE 2012, Ziff. 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie), Kompetenzniveau 1, Männer, aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 56 [www.bfs.admin.ch]) sowie an die Nominallohnentwicklung per 2013 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Sparte I [www.bfs.admin.ch]) resultiert pro 2013 ein Lohn von Fr. 47'658.85 (Fr. 3'730.-- x 12 / 40 x 42.3 : 101.9 x 102.6).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist auch das Invalideneinkommen hypothetisch, d.h. auf der Basis der LSE, zu ermitteln. Gestützt auf Tabelle TA1 der LSE 2012, Männer, Kompetenzniveau 1, Wert „Total“, aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt A-S, Total [www.bfs.admin.ch]) sowie an die Nominallohnentwicklung per 2013 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total [www.bfs.admin.ch]) resultiert pro 2013 ein Lohn von Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- x 12 / 40 x 41.7 : 101.7 x 102.5). Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10% (vgl. dazu E. 3.5 und E. 4.1.2 hiervor) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 59'120.80 (Fr. 65'689.80 x 0.9). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei ein Abzug von mindes-

tens 20% zu gewähren (Beschwerde, S. 7), ist festzustellen, dass selbst ein solcher am Ergebnis nichts ändern würde. Diesfalls betrüge das Invalideneinkommen Fr. 52'551.85 (Fr. 65'689.80 x 0.8).

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen (Fr. 47'658.85 und [mindestens] Fr. 52'551.85) resultiert keine Erwerbseinbusse. Damit besteht kein Leistungsanspruch.

4.3 Die Verfügung vom 31. Juli 2014 (AB 60) ist nach dem vorstehend Dargelegten im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde 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. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG). Ebenso hat die Beschwerdegegnerin – trotz ihres Obsiegens – keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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