

200 17 657 IV
ACT/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. November 2017

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Juni 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 30. August 2015, unter Hinweis auf die Diagnose einer Hypophysenstielveränderung unklarer Ätiologie gemäss Bericht Spitals des B._____ vom 18. Mai 2015, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1 S. 1 und 5; 6 S. 4). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C._____ (MEDAS-Gutachten vom 27. März 2017; AB 52.1). Mit Vorbescheid vom 13. April 2017 (AB 55) stellte die IVB die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 23% in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte Einwand (AB 56). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 59) wies sie mit Verfügung vom 16. Juni 2017 (AB 60) dem Vorbescheid entsprechend das Rentenbegehren ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. Juli 2017 (Postaufgabe) Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. September 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Juni 2017 (AB 60). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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-

werbsunfähigkeit 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

2.4 Um den IV-Grad 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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Gemäss dem Bericht vom 18. Mai 2015 (AB 6 S. 4 ff.) des Spitals B._____ leidet der Beschwerdeführer an einer Hypophysenstielveränderung unklarer Ätiologie (Erstdiagnose Dezember 2012), initial: Diabetes insipidus (bei der Hypophyse handelt es sich um die Hirnanhangdrüse, ein in der Sella turcica der knöchernen Schädelbasis lokalisiertes aus zwei Anteilen zusammengesetztes, kirschgrosses endokrines Organ, welches über den Hypophysenstiel mit dem Boden des 3. Hirnventrikels verbunden ist [vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 975]).

3.1.2 Im Bericht vom 22. September 2015 (AB 18 S. 1 ff.) diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, neben der bekannten Hypophysenstielveränderung eine depressive Entwicklung seit 2013, chronische Rückenschmerzen seit der Lumbalpunktion 2014 sowie eine Zervikalgie bestehend seit Sommer 2015 (S. 1). Einschränkend lägen eine ausgesprochene Müdigkeit, Schlafstörungen trotz Melatonin, wechselnde Diarrhoe/Obstipation sowie Knieschmerzen und eine Zervikalgie vor. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell noch zu 30% zumutbar (S. 2).

3.1.3 Im Bericht vom 8. Februar 2016 (AB 23 S. 2 ff.) führte Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die depressive Störung habe zugenommen, die Schmerzsituation habe sich verschlechtert und es bestehe eine Zunahme der Durchschlaf- und der Konzentrationsstörung. Es bestünden Ganzkörperschmerzen, insbesondere am Knie (S. 2). Es liege eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres vor. Für einfache Tätigkeiten, mit verminderter geistiger und körperlicher Belastbarkeit und guten

Instruktionen bestehe eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei sehr gut geeignet, da eine hohe Flexibilität und Rücksicht durch den Arbeitgeber vorliege und die Arbeit dem Beschwerdeführer gut bekannt sei (S. 3).

3.1.4 Im Bericht vom 7. März 2017 (AB 49 S. 2 ff.) führte Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Der Beschwerdeführer leide gemäss eigenen Angaben an Durchfall und Verstopfung, Vergesslichkeit, an einer Störung des Kurzzeitgedächtnisses, Nasenbluten, Kopfschmerzen sowie Nackenschmerzen. Sämtliche Hormonwerte seien zu tief, wenn sie unbehandelt blieben (S. 2). Die bisherige Erwerbstätigkeit (...) sei zu 20%, d.h zweimal in der Woche einen halben Tag, in reduzierter Geschwindigkeit möglich (S. 3).

3.1.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. März 2017 (AB 52.1) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie sowie Endokrinologie. Im polydisziplinären Konsens stellten die Gutachter insbesondere folgende Diagnosen (S. 27):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Hypophysenstiel-Veränderung unklarer Ätiologie
 - Status nach mikrochirurgischer transnasaler suprahypophysär-subchiasmatischer Biopsie des Hypophysenstiels am 3. November 2014 (ICD-10 R90.8)
 - Status nach Revisionsoperation mit Abdichten einer Liquorfistel am 9. Dezember 2014
 - Diabetes insipidus centralis (ICD-10 E23.2)
 - gonadotrope Insuffizienz (ICD-10 E23.0)
 - thyreotrope Insuffizienz (ICD-10 E23.0)
 - corticotrope Insuffizienz (ICD-10 E23.0)
2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unklarer Spezifität (ICD-10 M53.0, M53.1)
 - bei einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
3. Chronische Knieschmerzen beidseits unklarer Spezifität (ICD-10 M25.5)

- bei einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
3. Adipositas (BMI 32 kg/m²; ICD-10 E66.0)
 - Hepatopathie unklarer Ätiologie (ICD-10 K76.9)
 - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)
4. Verdacht auf Reizkolon (ICD-10 K58.9)

Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte aus, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe der Verdacht auf ein Reizkolon, welches sich aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (S. 11).

In psychiatrischer Hinsicht führte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen und etwas vermindertem Selbstwert mit etwas negativen Zukunftsperspektiven bezüglich vor allem der gesundheitlichen, aber zum Teil auch der beruflichen Situation. Bei der Untersuchung habe der Beschwerdeführer doch etwas ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch Magenbeschwerden und Stuhlprobleme angegeben. Er fühle sich wegen Schmerzen nur noch in einem deutlich eingeschränkten Pensum arbeitsfähig. Diagnostisch handle es sich um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Im Gegensatz zu einer eigentlichen Somatisierungsstörung seien dabei die somatischen Beschwerden nicht so deutlich multipel und wechselnd ausgeprägt. Es bestünden psychosoziale und emotionale Faktoren, die eine Rolle spielten (S. 14). Eine Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne nicht attestiert werden (S. 15).

In rheumatologischer Hinsicht führte Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, aus, anamnestisch schildere der Beschwerdeführer ein recht eindrückliches Beschwerdebild, Schmerzen im unteren Rückenbereich mit wiederholt hochakuten Schmer-

zen und konsekutiven Immobilisierungen, Schmerzen am Hinterkopf rechts mit mehrmals täglich blitzartig auftretenden Schmerzattacken bis frontal rechts und massive Knieschmerzen beidseits mit konsekutiver Einschränkung der Gehstrecke auf zirka 200 Meter. Bei der Untersuchung werde das klinische Bild geprägt durch ein gesteigertes Schmerzverhalten mit ständiger Demonstration von schmerzhaften Punkten im Bereich des Nackens, des Rückens und der Kniegelenke beidseits. Es fänden sich deutliche Inkonsistenzen. Insgesamt könne die Symptomatik aus rheumatologischer Sicht lediglich deskriptiv eingeordnet werden als vertebrales Syndrom im Bereich von HWS, BWS und LWS sowie als Knieschmerzen beidseits unklarer Spezifität. Die rheumatologische Untersuchung ergebe keine Hinweise für eine relevante strukturelle Pathologie des Bewegungsapparates als Beschwerdekorrelat. Insgesamt bestehe eine ganz erhebliche Diskrepanz zwischen der hohen Intensität der geschilderten Beschwerden und der anamnestisch angegebenen massiven Behinderung einerseits sowie den klinischen und radiologischen Befunden andererseits (S. 19 f.). Körperlich schwere Tätigkeiten seien nur noch mit einer Einschränkung von 50% möglich. Für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 21).

In neurologischer Hinsicht führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der aktuellen Befragung occipito-luchal lokalisierte Kopfschmerzen rechts mit Ausstrahlung als im Vordergrund stehend beschrieben. Er gebe sie nur intermittierend vorhanden an, jeweils über zwei Stunden, dies praktisch täglich aber mit Beschwerdefreiheit im Intervall. Diese Nacken- und Hinterkopfschmerzen rechts könnten nicht sicher klassifiziert werden. Eine Migräne ohne Aura oder eine zervikogene Problematik kämen als Differentialdiagnose in Frage, jedoch seien die Kriterien nicht erfüllt. Zusammengefasst liege ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen vor, dies ohne Zeichen einer Radikulopathie. Es bestehe ein Status nach den beiden in der Diagnoseliste genannten neurochirurgischen Eingriffen. Diesbezügliche klinisch-neurologische Status sei unauffällig. Das Schmerzverhalten bei der körperlichen Untersuchung sei eher auffallend gewesen mit einer demonstrativen Komponente. Aus neu-

rologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 f.).

In endokrinologischer Hinsicht führte Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, aus, es sei in den letzten Jahren nach Auftreten des Diabetes insipidus zu einer progredienten Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz gekommen. Trotz intensiver Aufarbeitung und Diagnostik bis zur Biopsie-Entnahme habe keine definitive Diagnose gestellt werden können, welche die Hypophysen-Insuffizienz erklären könnte. Der Diabetes insipidus sei klar symptomatisch gewesen. Unter medikamentöser Therapie, welche bereits stark ausgebaut worden sei, sei er knapp befriedigend kontrolliert mit zwei bis drei Mal Nykturie. Bei intaktem Durstgefühl bestehe kein grösseres Risiko für die Entwicklung einer Hybernatriämie und Dehydration beim wachen Beschwerdeführer. Aktuell zeigten sich ausgeglichene Elektrolyte. Die thyreotrope Achse sei adäquat substituiert. Klinisch bestehe kein Hinweis auf Hydrocortisonüber- oder -untersubstitution. Das Testosteron liege unter Substitution im Zielbereich. Zur Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, der Diabetes insipidus mit schwerem Verlauf führe dazu, dass der Beschwerdeführer unbedingt jederzeit die Möglichkeit haben müsse, Flüssigkeit zu sich zu nehmen, um den erhöhten Wasserverlust auszugleichen. Toilettenbesuche würden auch häufiger als üblich notwendig und müssten jederzeit möglich sein. Dies führe zu einer Leistungseinschränkung von wahrscheinlich ca. 40% bei einer möglichen Präsenz am Arbeitsplatz von 100%. Aufgrund der kortikotropen Insuffizienz mit Notwendigkeit der Cortisonsubstitution vor körperlich anstrengenden Tätigkeiten, sollten solche vermieden werden (S. 26).

In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Eine psychiatrische Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Während in körperlich schweren Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe, bestehe in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seit Juni 2016 eine ganztags umsetzbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% (S. 29 f.).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2017 (AB 60) stützt sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. März 2017 (AB 52.1). Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In der Folge kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 Soweit abweichende ärztliche Einschätzungen vorliegen, setzen sich die Gutachter überzeugend damit auseinander (AB 52.1 S. 29 Ziff. 6.5), weshalb – entgegen der Auffassung in der Beschwerde – nicht auf die

entsprechenden medizinischen Meinungen abzustellen ist. Dr. med. H. _____ hat im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar dargelegt, weshalb in psychiatrischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt ist, sondern lediglich eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vorliegt (AB 52.1 S. 14 f.). Die Untersuchung der Kniegelenke war durchwegs unauffällig und auch sonst konnten die Gutachter keine Hinweise für eine relevante strukturelle Pathologie des Bewegungsapparates finden (AB 52.1 S. 20). Die im Einwand vom 10. Mai 2017 von der Ehefrau beschriebenen Einschränkungen wie Vergesslichkeit, Überforderung mit den Kindern und sozialer Rückzug (AB 56 S. 2) sprechen nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter, denn genau diese Probleme sind medizinisch nicht erklärbar und damit nicht gesundheitsbedingt. Diesbezüglich haben die Gutachter überzeugend aufgezeigt, dass die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nur noch mit deutlich eingeschränkter Leistung arbeiten zu können, mit objektiven Befunden nicht begründet werden kann (AB 52.1 S. 15, 20 f. und 29).

3.3.2 Damit ist ab Juni 2016 eine ganztags verwertbare Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einem Rendement von mindestens 60% erstellt (AB 52.1 S. 29). Was die von der Endokrinologin auf wahrscheinlich 40% bezifferte Leistungseinschränkung zufolge vermehrter Toilettenbesuche und Flüssigkeitszufuhr anbelangt, erweist sich dies im Lichte der Angaben des Beschwerdeführers, wonach er halbstündlich Wasserlösen müsse (AB 52.1 S. 25 Ziff. 4.4.1), als wohlwollend. Hinsichtlich Trinkbedürfnis ist es in der heutigen Arbeitswelt zudem durchaus akzeptiert, dass bei der Arbeitsverrichtung eine Trinkflasche zur Seite steht. Wie es sich damit jedoch exakt verhält, kann aufgrund der nachfolgenden Ausführungen offen bleiben. Für die Zeit vorher ist keine länger dauernde (vgl. allerdings die zweiwöchige vollständige Arbeitsunfähigkeit nach der Zehenoperation vom 4. November 2015; AB 23 S. 12) Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen. Insbesondere kann in dieser Hinsicht nicht auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 8. Februar 2016 abgestellt werden (AB 23 S. 3), gemäss welchem für einfache Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, da diese Einschätzung – wie im MEDAS-Gutachten überzeugend ausgeführt wird (AB 52.1 S. 29 Ziff. 6.5) – nicht überzeugt. Auf die Einschätzung von Dr. med. F. _____ im

Bericht vom 7. März 2017 (AB 49 S. 3) kann schliesslich nicht abgestellt werden, weil er allein die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... beurteilt und sich nicht zu Verweisungstätigkeiten äussert.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Anmeldung im August 2015 (AB 1) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf Februar 2016 festzusetzen (mangels aktueller Zahlen ist auf die Angaben des Jahres 2015 abzustellen). Ob zu dieser Zeit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen ist, kann offen bleiben.

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

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf den Lohn­einbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Mai 2016, 8C_141/2016, 8C_142/2016, E. 5.2.2).

Bei der Prüfung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ist das statistisch branchenübliche Durchschnittseinkommen, welches zum Vergleich heranzuziehen ist, an die statistisch betriebsübliche Arbeitszeit anzupassen. Auch beim tatsächlich erzielten Valideneinkommen ist auf die vertraglich vereinbarte und damit betriebsübliche Arbeitszeit abzustellen (BGE 141 V 1 E. 5.6 und 5.7 S. 4).

Weicht der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn ab, ist er im Sinne der Rechtsprechung deutlich unterdurchschnittlich und kann – bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen – eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen rechtfertigen. Es ist allerdings nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 S. 303 und E. 6.1.3 S. 304). Daneben bleibt zusätzlich die Vornahme eines Abzugs vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen möglich, wobei zu beachten ist, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen. Der Abzug wird sich daher in der Regel auf leidensbedingte Faktoren beschränken und nicht mehr die maximal zulässigen 25 % für sämtliche invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Merkmale ausschöpfen (BGE 135 V 297 E. 5.3 S. 302 und E. 6.2 S. 305, 134 V 322 E. 5.2 S. 328 und 6.2 S. 329).

4.5 Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden weiterhin am angestammten Arbeitsplatz bei der L. _____ AG tätig wäre. Das Valideneinkommen ist deshalb gestützt auf die Angaben im Arbeitgeberbericht vom 11. September 2015 auf Fr. 46'800.-- festzulegen (AB 15 S. 3 Ziff. 2.11).

4.6 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet (bzw. nicht vollständig, soweit er noch 30% arbeiten sollte, was nicht ganz klar ist [vgl. Einwand vom 10. Mai 2017; AB 56 S. 1 Ziff. 1]), ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Zahlen der LSE 2014 zu ermitteln. Das Invalideneinkommen wird gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festgelegt. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'312.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das Jahr 2015 (vgl. E. 4.1 hiervor) aufgerechnet, resultiert daraus ein Jahreseinkommen von Fr. 66'646.30 (Fr. 5'312.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.2 x 103.5; BFS, Nominallöhne Männer 2011-2015, Tabelle T1.1.10, Total) im Jahr. Bei einem zumutbaren Rendement von 60% (vgl. E. 3.3.2 hiervor) und eines innerhalb des Ermessensbereichs

der Beschwerdegegnerin liegenden LSE-Abzugs von 15% (AB 60 S. 1 f.) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 33'989.60 (Fr. 66'646.30 x 0.6 x 0.85).

Offen bleiben kann, ob das bei der L. _____ AG erzielte Einkommen unterdurchschnittlich war (vgl. E. 4.4 hiervor) und deshalb ein Abzug vorzunehmen ist. In Anwendung der Tabelle TA1 der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Männer, Zeile 55-56 (Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie), Fr. 4'035.--, auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Zeile 55-56) und auf das Jahr 2015 aufgerechnet, resultiert daraus ein branchenüblicher Jahreslohn von Fr. 51'474.10 (Fr. 4'035.-- / 40 x 42.4 x 12 / 103.4 x 103.7; BFS, Nominallöhne Männer 2011-2015, Tabelle T1.1.10, lit. I [Gastgewerbe und Beherbergung]), der 9% über dem Valideneinkommen liegt. Bei Berücksichtigung eines Abzuges von 4% (vgl. E. 4.4 hiervor) ergäbe dies ein Invalideneinkommen von Fr. 32'630.-- (Fr. 33'989.60 x 0.96).

4.7 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 46'800.-- und einem Invalideneinkommen von mindestens Fr. 32'630.-- resultiert bei Beachtung des Abzugs wegen unterdurchschnittlichen Valideneinkommens ein rentenausschliessender IV-Grad von gerundet maximal 30% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123).

4.8 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.