

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 497 vom 2. Juni 2015

BE Verwaltungsgericht, 2015-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2014_497

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 497 du 2 juin 2015

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 497 del 2 giugno 2015

Regeste

Verfügung vom 8. Mai 2014

Erwägungen

E. 1.1

Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 4

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. Mai 2014 (AB 31). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 1.3

Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

E. 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 Er-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 5
werbsmöglichkeit 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). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 6 Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; «Flucht in die Krankheit»); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5; vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.1 ff. S. 550). 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 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2014 (AB 31) auf das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische,

pneumologische und psychiatrische) MEDAS-Gutachten

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 7 vom 24. Februar 2014 (AB 26.1). Darin wurden hauptsächlich die nachstehenden Diagnosen vermerkt (AB 26.1/27 f. Ziff. 6): Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1. Kombinierte Ventilationsstörung mit Restriktion im Rahmen der Adipositas Grad I, BMI (Body-Mass-Index) 30.6kg/m² und leichter Obstruktion im Sinne einer COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) 2. Chronische, unspezifische Kreuzschmerzen 3. Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Erstdiagnose im Juni 2012 – initial AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index) 35/min. (respiratorische Polygraphie im Juni 2012) – unter CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) 4. Mässiggradige muskuläre Dysbalance am Schultergürtel (Trapezius) und am Beckengürtel (Rectus femoris) beidseits 5. Nebennierenrindeninsuffizienz, Erstdiagnose im Januar 2009 6. Ansatzdiniotische Beschwerden am medialen Beckenkamm links und im Hüftbereich links ventral 7. Persistierender Nikotinkonsum 30py (pack-years) 8. Narbige Parenchymveränderung im Mittellappen, Erstdiagnose im Januar 2012 9. Nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0) 10. Schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: F13.1)

E. 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

E. 11

Schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10: F17.1) Während die Gutachter für die zuletzt ausgeübte mittelschwere bis schwere Arbeit eine seit zirka Mai 2008 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (AB 26.1/30 f. Ziff. 7.2 und 7.4), bescheinigten sie für körperlich angepasste Tätigkeiten, mit maximal leichtem bis gelegentlich mittelschwerem Belastungsprofil in staub- und rauchfreier Umgebung sowie der Möglichkeit zur Wechselbelastung (Sitzen/Stehen), keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 26.1/30 Ziff. 7.3). 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 8 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). 3.2.2 Aufgabe des begutachtenden Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen

einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend ist, d.h. zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben. Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (SVR 2012 IV Nr. 1 S. 2 E. 3.4.1). 3.3 Die MEDAS-Expertise vom 24. Februar 2014 (AB 26.1) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hievore) und erbringt damit vollen Beweis, was vom Beschwerdeführer denn auch nicht substantiiert bestritten wird. Die Gutachter stützten sich bei ihrer fachärztlichen Beurteilung auf die Erkenntnisse aus den vollständigen Vorakten sowie den persönlichen klinischen Explorationen. Sie setzten sich mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar und einleuchtend. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich insgesamt kohärent und widerspruchsfrei.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 9

3.3.1 In pneumologischer Hinsicht wurde seitens der MEDAS schlüssig aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer mit geeigneten Massnahmen (Gewichtsreduktion, Rekonditionierung, Nikotinstopp, Schlafhygiene etc. [AB 26.1/31 Ziff. 7.5, 26.4/4 Ziff. 4]), zu deren Umsetzung er im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht (Art. 7 Abs. 1 IVG) gehalten ist, den beklagten Beeinträchtigungen wirksam begegnen kann. Die anhand einer nächtlichen Pulsoximetrie gemessenen Resultate der CPAP-Therapie wurden als gut bezeichnet (AB 24.4/4 Ziff. 4, 24.4/11) und für die geklagte Schlafstörung ergaben sich keine Hinweise für eine organische Genese (AB 26.1/26 Ziff. 5.5, 26.5/9 f. Ziff. 3 f.), womit es sich um ein sozialversicherungspflichtig prinzipiell irrelevantes Beschwerdebild (nichtorganische Insomnie; ICD-10: F51.0) handelt (vgl. BGE 137 V 64 sowie E. 3.3.3 hienach). Das von den Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 26.1/30 Ziff. 7.3, 26.4/4 Ziff. 4) korreliert mit den Feststellungen des Hausarztes Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH. Dieser wies darauf hin, dass der Arbeitsplatz aufgrund der Lungenerkrankung nicht stark staubexponiert sein dürfe und auf keiner grossen Lungkapazität beruhen sollte (AB 7/1 vgl. auch AB 12/3). Weder der Hausarzt noch der behandelnde Pneumologe bescheinigten für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dr. med. B._____ erachtete selbst unter Berücksichtigung der weiteren geklagten Beschwerden eine körperlich leichte Arbeit für noch geeignet (AB 12/4) und Dr. med. C._____, Facharzt für Pneumologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, machte im Bericht vom 18. April 2013 (AB 6) überhaupt keine näheren Angaben über die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, ordnete das Schlafapnoe-Syndrom aber ebenfalls den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. 3.3.2 In rheumatologischer Hinsicht ist festzustellen, dass die unspezifischen Rückenbeschwerden weder mit den klinischen noch bildgebenden Abklärungen objektiviert werden konnten, namentlich zeigten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen und wurde eine radikuläre Problematik (Neurokompression)

ausgeschlossen. Der Gutachter Dr. med. D. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH sowie Rheumatologie FMH, stellte keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen fest. Seiner Schlussfolgerung, dass lediglich für körperliche

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 10 Schwerarbeiten eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (AB 26.1/23 Ziff. 5.1, 26.3/6), stehen keine divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte entgegen. Weder die Dres. med. E. _____, Fachärztin für Rheumatologie FMH, und B. _____ noch die Ärzte im Spital H. _____ (AB 12/28-30, 12/33-35) äusserten sich hierzu oder postulierten eine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit. Auch aus dem von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, einen Tag nach dem Vorliegen des Gutachtens verfassten Bericht vom 25. Februar 2014 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Dass eine (erneute) lumbale Fazettengelenksinfiltration im Dezember 2013 erfolglos blieb, spricht gerade gegen eine organische Ursache des Schmerzgeschehens. Beim beschriebenen Umstand, dass bereits leichte Tätigkeiten zu vermehrten Schmerzen führen sollen, handelt es sich um die Wiedergabe der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden muss, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), was hier gerade nicht zutrifft. Die erst nach Verfügungserlass am 12. Mai 2014 aufgenommene Pharmakotherapie (vgl. Beschwerde S. 2 bzw. BB 6) ist – soweit die daraus resultierenden Erkenntnisse aufgrund des zeitlichen Überprüfungszeitraums des Gerichts (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) überhaupt zu beachten sind – nicht geeignet, die Schmerzsymptomatik zu erklären. 3.3.3 Was den psychiatrischen Gesundheitszustand anbelangt, begründeten die MEDAS-Gutachter die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einer nichtorganischen Insomnie (ICD-10: F51.0) sowie den schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen (ICD-10: F13.1 bzw. 17.1) nachvollziehbar (AB 26.1/25 Ziff. 5.5, 26.5/9 Ziff. 3). Ebenso überzeugend schlossen sie die von den behandelnden Ärzten (AB 12/3, 12/7 Ziff. 5, 12/9, 12/13 Ziff. 3, 12/15 Ziff. 3, 12/28 Ziff. 2, 12/33 Ziff. 3, 12/35) als Verdachtsdiagnose in Betracht gezogene depressive Verstimmung respektive posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aus. Zutreffend wiesen sie darauf hin, dass die betreffenden Ein-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 11 schätzungen durchwegs von somatisch tätigen Fachpersonen erfolgten (AB 26.1/26 Ziff. 5.5, 26.5/10 Ziff. 4). Sie erachteten die Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 207 f.) für eine PTBS (ICD-10: F43.1) als nicht erfüllt, wobei sie berücksichtigten, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben unter anderem wegen seiner schwierigen Zeit in seinem Heimatland (Freiheitsentzug, Folter) an Schlafstörungen leide (AB 26.5/2 f. Ziff. 2.1). Zwar ergaben sich anhand des Beck-Depressions-Inventars (BDI) Hinweise auf eine schwere Depression (AB 26.5/8 Ziff. 2.3). Das Resultat dieser auf einer reinen Selbstbeurteilung des Exploranden basierenden Testbatterie (vgl. ROLF-DIETER STIEGLITZ, Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, 2008, S. 72 f.) wurde jedoch von den Gutachtern

angesichts der weiteren Untersuchungsergebnissen zu Recht verworfen (AB 26.5/10), zumal die ebenfalls beigezogene Hamilton-Skala (HAMD) keine relevante Depression offenbarte (AB 26.5/8 Ziff. 2.3). Basierend auf sorgfältig erhobenen anamnestischen Angaben gelangten die MEDAS-Gutachter in Bezug auf die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung zum Schluss, dass die Kriterien, die gegen die Überwindbarkeit der empfundenen Schmerzen sprechen (sog. Foerster-Kriterien; vgl. E. 2.2 hievor), nicht erfüllt sind (AB 26.1/26 Ziff. 5.5, 26.5/10 Ziff. 4). Dieser Beurteilung ist – auch in Bezug auf die nichtorganische Insomnie (ICD-10: F50.1) – ebenso aus rechtlicher Sicht zu folgen: Das im Vordergrund stehende Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (vgl. E. 2.2 hievor) ist nicht erfüllt. Nebst den unklaren Beschwerden der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und nichtorganischen Insomnie (ICD-10: F51.0) wurde lediglich ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepin und Tabak (ICD-10: F13.1 bzw. 17.1) diagnostiziert (AB 26.1/25 Ziff. 5.5, 26.5/9 Ziff. 3). Dieser Konsum psychotroper Substanzen führt nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit und hat weder eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, noch ist er Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2). Zwar bestehen gewisse rheumatologische Beschwerden, die chronischen Kreuzschmerzen wurden

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 12 jedoch als unspezifisch qualifiziert und führen – ebenso wie die mässiggradige muskuläre Dysbalance sowie die ansatzdynamischen Beschwerden – nicht zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (AB 26.1/22 f. Ziff. 5.1, 26.3/4 ff. Ziff. 3 f.). Eine hinreichend ausgeprägte körperliche Begleiterkrankung kann vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht angenommen werden (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Juli 2007, 9C_131/2007, E. 3, und vom 11. Juli 2014, 9C_527/2013, E. 3.3.2). Der mehrjährige Krankheitsverlauf weist eine gewisse Chronifizierung auf und eine längere Remission ist nicht eingetreten, weshalb dieses Morbiditätskriterium zumindest teilweise erfüllt ist. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt dagegen nicht vor. Der Beschwerdeführer geht Hobbies nach, hört gerne Musik, besucht oft das Museum, geht immer wieder im Wald spazieren, besucht die Moschee und verbringt Zeit beim Lesen in der Bibliothek. Er hat Freunde, mit denen er oft telefoniert und sich regelmässig trifft; er pflegt zudem Kontakt zu seiner abgeschiedenen Ehefrau, die ihn mitunter auch zum Abendessen besucht (AB 26.1/20 Ziff. 4.1, 26.5/6 Ziff. 2.1). Hinweise für einen primären Krankheitsgewinn bestehen keine und ein solcher wurde auch seitens der MEDAS-Gutachter nicht postuliert. Schliesslich kann auch nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ausgegangen werden. So ist in den Akten teilweise eine Malcompliance dokumentiert (AB 12/29 ad Ziff. 1) und zudem wurden bisher nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare Behandlungsmöglichkeiten aus fachärztlicher Sicht weiterhin als indiziert erachtet (AB 26.1/23 Ziff. 5.1, 26.1/25 Ziff. 5.3, 26.1/27 Ziff. 5.5, 26.1/31 Ziff. 7.5, 26.3/6 Ziff. 4, 26.4/4 Ziff. 4, 26.5/11 Ziff. 4; SVR 2011 IV Nr. 26 S. 75 E. 3.2.1). Damit ist höchstens das Kriterium eines chronifizierten Krankheitsverlaufs teilweise erfüllt, was nicht genügt, um darauf zu schliessen, dem Beschwerdeführer mangle es an hinreichenden psychischen Ressourcen zur Überwindung der mit den diagnostizierten unklaren Beschwerden einhergehenden Symptome. 3.4 Nach dem vorstehend Dargelegten ist in rechtlicher Hinsicht von einer willentlichen Überwindbarkeit der vom

Beschwerdeführer geklagt

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 13
Symptome der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie der nichtorganischen
Insomnie auszugehen. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen
Verfügung vom 8. Mai 2014 (AB 31) damit zu Recht auf die Erkenntnisse des
polydisziplinären Gutachtens der MEDAS vom 24. Februar 2014 (AB 26.1). Demnach ist
in tatsächlicher Hinsicht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden
Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass medizinisch-theoretisch
unter Beachtung des von den Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofils, welches einen
breiten Fächer von Verweisungstätigkeiten zulässt, eine uneingeschränkte Arbeits- und
Leistungsfähigkeit besteht. Es bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen dieser
medizinisch-rechtlichen Ausgangslage zu prüfen. 4. 4.1 Für die Bestimmung des
Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt
der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger
Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener
Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie
erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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 ange-
passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).
Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche
Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf
Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen (BGE 139 V 28 E.
3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute:
Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 14 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 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des
Gesundheitschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbs-
tätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den
vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE)
herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).
4.4 Der Beschwerdeführer war gemäss eigener Angaben nach seiner (erneuten) Einreise in
die Schweiz nicht als gelernter Facharbeiter beschäftigt, sondern temporär als
Hilfsarbeiter tätig, wobei er keine Schwerarbeiten verrichtete. Seit 2008 ist er keiner
Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen und betätigte sich nach der Eheschliessung als
Hausmann; ein regelmässiges Einkommen vor Eintritt des geltend gemachten
Gesundheitsschadens erzielte er nie (AB 9, 12/36, 26.1/18 ff. Ziff. 4.1, 26.1/28 Ziff. 7.1,
26.3/3 Ziff. 2.1, 26.4/2 Ziff. 2.1). Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im
Jahr 2013 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. Art. 29 Abs. 1 IVB; AB 1, 26.1/31 Ziff. 7.4) wäre
er im hypothetischen Gesundheitsfall einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit
nachgegangen, er war damals geschieden (AB 1/1 Ziff. 1.7) und gab auch im Rahmen der
Begutachtung an, dass er gerne arbeiten würde, wenn er eine Arbeitsstelle hätte (AB

26.1/21 Ziff. 4.1). Bei dieser Ausgangslage ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln, wobei sowohl für das Validen- als auch das Invalideneinkommen die auf das Jahr 2013 aufindexierten Totalwerte der LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) heranzuziehen sind. Da somit beide Vergleichseinkommen anhand des gleichen Tabellenlohns berechnet werden, erübrigt sich deren betragsmässige Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheidung des BGer vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4). Ein leidensbedingter Abzug (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Juni 2015, IV/14/497, Seite 15 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1) wäre nicht gerechtfertigt. Es besteht medizinisch-theoretisch weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine Leistungseinschränkung, zudem sind beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln, womit auch allfällige invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ausser Betracht fallen (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete somit richtigerweise auf die Durchführung eines konkreten Einkommensvergleichs und ging zutreffend davon aus, dass keine Invalidität vorliegt. Die Verfügung vom 8. Mai 2014 (AB 31) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. Mai 2014 erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. 5. 5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.