

200 14 792 IV
MAW/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. November 2014

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A. _____ erlitt am 28. November 2011 bei der Ver-
richtung seiner Tätigkeit als ... bei C. _____ anlässlich eines Raubüber-
falls Schussverletzungen, die im Rahmen einer Notoperation im Spital
D. _____ versorgt wurden (Akten der IV-Stelle Bern [IVB; act. II] 11.2 S.
30 f.). Die E. _____, bei der A. _____ über seinen Arbeitgeber obli-
gatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und
Berufskrankheiten versichert war, und der das Ereignis mittels Schaden-
meldung UVG am 30. November 2011 (act. II 11.3) gemeldet worden war,
erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Mit Antrag vom 9. November 2012 meldete sich der Versicherte für Berufli-
che Integration/Rente bei der IVB an. Zur gesundheitlichen Beeinträchti-
gung gab er „Schussverletzung in der Hüfte, Psychische Probleme“ an (act.
II 2).

Die IVB holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 8), die Ak-
ten der E. _____ (act. II 11.1 – 11.3), einen Fragebogen für Arbeitge-
bende (act. II 13) sowie medizinische Berichte (act. II 21, 22) ein und ord-
nete eine berufliche Abklärung in der F. _____ in der Zeit vom 2. April
bis 30. Juni 2013 an (act. II 23, 42).

Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med.
G. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 29), liess die IVB
den Versicherten bidisziplinär (psychiatrisch/orthopädisch) begutachten
und holte weitere medizinische Berichte ein (act. II 33, 43). Das Gutachten
samt polydisziplinärer Konsensbeurteilung erstatteten die Dres. med.
H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I. _____,
FMH Orthopädie, am 9. November bzw. 5. Dezember 2013 (act. II 47.1,
48.1).

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vor-
bescheid vom 12. März 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens

mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht (act. II 52).

B.

Nachdem der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, am 10. bzw. 28. April 2014 hiergegen Einwand erhoben (act. II 56, 62) und der Unfallversicherer angekündigt hatte, dass die Taggeldleistungen ab 1. Mai 2014 auf 25% reduziert sowie per Ende September 2014 eingestellt würden (act. II 61), und aktuelle Arztberichte eingegangen waren (act. II 55, 65, 66 S. 2 und 6), zu denen der RAD Stellung nahm (act. II 69, 70), verfügte die IVB am 7. Juli 2014 entsprechend dem Vorbescheid; zum erhobenen Einwand nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 77).

C.

Hiergegen lässt der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, Beschwerde erheben mit dem Antrag, die Verfügung vom 7. Juli 2014 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zwecks Festsetzung und Ausrichtung einer ganzen IV-Rente zurückzuweisen. Gerügt wird im Wesentlichen, dass die IVB in psychiatrischer Hinsicht einzig auf das Gutachten abgestellt habe; dies sei zwar nicht unüblich, hingegen könne sich der Gutachter anlässlich einer Exploration kein so umfassendes Bild bezüglich der psychischen Entwicklung sowie der verbleibenden Einschränkungen machen, wie es den behandelnden Ärzten, welchen den Patienten kontinuierlich und interdisziplinär begleiteten, möglich sei. Deren Beurteilung sei deshalb grösseres Gewicht beizumessen als dem Gutachten. Überdies sei das Gutachten nicht schlüssig, wenn darin davon ausgegangen werde, die posttraumatische Belastungsstörung habe sich zurückgebildet und es bestehe einzig noch eine überwindbare Schmerzstörung. Letztere sei Teil des Belastungsbildes und könne nicht isoliert betrachtet werden, zumal weitere Kriterien wie die körperliche Begleitkrankheit, der soziale Rückzug sowie die unbefriedigenden Be-

handlungsergebnisse gegen eine Überwindbarkeit der Einschränkungen sprächen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2014 beantragt die IVB unter Verzicht auf eine ausführliche Stellungnahme die 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 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 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 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 7. Juli 2014 betreffend Leistungen der Invalidenversicherung (act. II 77). Streitig 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).

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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

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 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 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).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf PTBS (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. Dezember 2012, 8C_483/2012, E. 4.2).

2.4 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.

2.5 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

2.6 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).

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).

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.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Der den Versicherten seit Mai 2012 behandelnde Dr. med. J._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. August 2012 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Durch die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung habe sich der Patient soweit stabilisieren können, dass die Phase der Trauma-Konfrontation begonnen werden könne; erst danach – spätestens ab Anfang 2013 - könne die Integration und berufliche Rehabilitation begonnen werden (act. II 11.2 S. 16 – 18).

3.1.2 K._____, praktischer Arzt FMH, hielt in seinem Bericht vom 13. März 2013 zuhanden der IVB als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Schussverletzungen, eine Steck-

schussverletzung Hüfte rechts, einen Verdacht auf Metallose sowie eine posttraumatische Belastungsreaktion fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen chronischen Reizhusten bei Zustand nach Lungendurchschuss. Die körperliche Belastbarkeit sei wegen der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit der rechten Hüfte sowie der Arme, der Beine und des Rückens vermindert und die psychische Belastbarkeit sei stark eingeschränkt. Durch medizinische Massnahmen (Lymphozyten-Transformationstest zur Abklärung einer allfälligen Metallose, ggf. Operation der rechten Hüfte, und Beizug eines ärztlichen oder psychologischen Kollegen, der Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von posttraumatischen Belastungsstörungen hat) könnten die Einschränkungen vermindert werden (act. II 22).

3.1.3 Dr. med. J. _____ gab am 22. Juli 2013 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen irritierenden Schmerz in der Hüfte, wo die Kugel stecken geblieben sei, als der Patient bei einem Raubüberfall angeschossen worden sei, an. Die bestehende akute Belastungsreaktion nach Raubüberfall am Arbeitsplatz (ICD-10: F43.0) wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus; die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sei aktuell vollständig remittiert. Die gegenwärtige medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung diene der Aufrechterhaltung der Remission, der Rezidiv-Prophylaxe sowie der Begleitung während dem beruflichen Wiedereingliederungsprozess. Rein psychiatrische Gründe zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien nicht mehr gegeben. Weitere medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sollten vor allem analgetischer und orthopädischer Natur sein. Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose gut; eine optimale Schmerzbehandlung könnte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vollständig aufheben (act. II 43).

3.1.4 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. _____ diagnostizierte (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), bestehend von etwa 11/2011 bis 06/2013, sowie eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23), bestehend seit etwa 06/2012. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge

mit narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1). Nach dem Überfall mit mehreren Schussverletzungen habe sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Durch die psychologisch/psychotherapeutische Behandlung habe – wie auch vom behandelnden Psychiater bestätigt – deren weitgehende Remission erreicht werden können. Infolge der anhaltenden Beschwerdesymptomatik und der damit einhergehenden Beeinträchtigung liessen sich seit 06/2012 Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen erheben; dabei handle es sich um eine leichte psychische Störung, gekennzeichnet durch überwiegend leichte depressive Verstimmungen mit Angst, Sorgen, Anspannung, Ärger und Wut, wechselnd mit Stimmungsaufhellungen. Zudem könne aus psychiatrischer Sicht aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik mit Schmerzausweitung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, bei der die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden könnten. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer stelle die Anpassungsstörung nicht dar und es liessen sich auch keine weiteren massgebenden Kriterien erheben, die die Schmerzüberwindung unzumutbar machten. Der Patient verfüge auch über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen. Aus rein psychiatrischer Sicht könne ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ein 75%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 25%) seit etwa 07/2013 angenommen werden. Für den Zeitraum 28.11.2011 bis 06/2013 könne aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung und der Anpassungsstörung eine 40%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 60%) angenommen werden. In einer angepassten Tätigkeit (Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung], ohne Tätigkeit an traumaassoziierten Orten [z.B. C._____] und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum seit etwa 07/2013. Für den Zeitraum 28.11.2011 bis 06/2013 könne eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum angenommen werden (act. II 47.1).

3.1.5 In somatischer Hinsicht konnte der orthopädische Gutachter, Dr. med. I. _____, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Lumbopseudoischialgie rechts, ein grenzwertiges Mischimpingement der rechten Hüfte mit umschriebener superiorer Labrumruptur und diskreter Chondropathie des anterioren Pfannenknorpels bei Status nach Schussverletzung mit Projektil im Acetabulum zentral rechts 11/2011 sowie eine Adipositas. Die geklagten lumbalen Schmerzen kontrastierten massiv mit dem unauffälligen MRI der LWS. Aufgrund der Spezialuntersuchungen könne davon ausgegangen werden, dass das Projektil das Hüftgelenk nicht beeinträchtigt und auch von dieser Seite die Schmerzen nicht erklärt werden könnten. Eine aus den Beschwerden resultierende Funktionseinschränkung könne nicht objektiviert werden. Der Patient sei aus somatischer Sicht in der angestammten wie in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (act. II 48.1 S. 7 – 10).

In der Konsensbeurteilung wurden die Einschätzungen der Gutachter bestätigt (act. II 48.1 S. 33 ff.).

3.1.6 Das Spital L. _____ hielt im Bericht vom 10. März 2014 als Schmerzdiagnosen eine chronische Schmerzkrankung mit Schmerzen in der rechten Leiste mit Ausbreitung in das rechte Bein und nach rechts lumbal auch und zusätzlich rechts thorakal, nur laterale Seite (mit/bei Zustand nach konservativer Therapie bei multiplen Schusseinstichstellen mit einem Eintritt an der Spina iliaca anterior rechts, Verbleib eines Projektils entlang der quadrolateralen Fläche in der Fossa acetabuli, Labrumläsion superior mit einem grenzwertigen Misch-Impingement) sowie muskuloskeletale Schmerzen cervical beidseits (DD Lumboischialgien) fest. Es sei zu einer Ausbreitung der Schmerzsymptomatik gekommen, eine medikamentöse Behandlung zeige sich als sehr schwierig. Bei der jetzigen Schmerzausbreitung, die durch das ursprüngliche Trauma nicht mehr erklärbar sei, könne ein infiltratives Vorgehen nicht unterstützt werden. Die Situation sollte orthopädisch neu beurteilt werden (act. II 55).

3.1.7 Im Rahmen einer psychosomatischen Beurteilung diagnostizierte das Spital L. _____ eine chronische, therapieresistente, komplexe Schmerzstörung rechts-inguinal, beginnende Halbseitensymptomatik rechts

mit somatischen und psychischen Anteilen sowie einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung; die psychische Komorbidität hinsichtlich der Diagnose ergebe sich aus der psychosozialen Belastungssituation bei anhaltenden Arbeitslosigkeit, Zukunftsängsten sowie rezidivierenden leicht- bis mittelgradig depressiven Episoden mit latenter Suizidalität. Der Patient leide an einem chronischen, therapieresistenten Schmerzsyndrom; insgesamt zeige sich das klinische Bild einer rechts-seitigen, schmerzassoziierten funktionellen Halbseitensymptomatik (ohne fassbares neurostrukturelles Korrelat), was am ehesten für eine zentral-nervöse Schmerzsensibilisierung oder Schmerzamplifizierung spreche. Mit der – zwar seit 2 Jahren therapierten – zunehmenden psychischen Belastung bzw. posttraumatischen Belastungsstörung sei der Patient bei Entwicklung einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode mit Zukunftsängsten, Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit b.u.m. zur Verzweiflung an seine persönliche Belastungsgrenze gestossen (act. II 66).

3.2 Aus den oben zusammengefassten Berichten geht einerseits hervor, dass die geklagten Beschwerden in somatischer Hinsicht nicht objektivierbar sind. Bereits das Spital D._____ hat am 10. Juni 2012 festgehalten, dass es keine Erklärung für die angegebenen starken Beschwerden gebe. Dies bestätigte auch der Gutachter Dr. med. I._____, indem er ausführte, dass das in der Hüfte verbliebene Projektil keine Beeinträchtigung hervorrufe und die bestehenden Beschwerden dadurch nicht erklärt werden könnten; überdies kontrastierten die lumbalen Beschwerden massiv mit dem unauffälligen MRI der LWS.

Andererseits ist den Unterlagen zu entnehmen, dass – wovon offensichtlich auch der Beschwerdeführer ausgeht – die psychischen Symptome im Vordergrund stehen. Der RAD erachtete zunächst die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung grundsätzlich für nachvollziehbar, hielt indessen zur Klärung des medizinischen Sachverhalts eine bidisziplinäre Begutachtung für angezeigt (act. II 29). Den anschliessend eingegangenen medizinischen Unterlagen ist dann zu entnehmen, dass der behandelnde Psychiater, Dr. med. J._____, anfänglich eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (act. II 11.2 S. 16; vgl. E. 3.1.1 hiervor). Nach entsprechender medi-

kamentöser und therapeutischer Behandlung hielt er dann in seinem Bericht vom 22. Juli 2013 (act. II 43) fest, dass einzig noch der intermittierende Schmerz in der Hüfte, wo die Kugel stecken geblieben sei, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dagegen gab er an, die posttraumatische Belastungsstörung sei aktuell (d.h. anlässlich der letzten Kontrolle am 18. Juni 2013) vollständig remittiert und wirke sich, wie auch die akute Belastungsreaktion nach dem Raubüberfall, nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der psychiatrische Gutachter gelangt zu den gleichen Schlüssen. Er legt unter Würdigung der übrigen Arztberichte einleuchtend dar, dass und warum einerseits vorübergehend eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden hat, diese zwischenzeitlich aber vollständig remittiert ist, und andererseits seit Juni 2012 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen besteht, welche allerdings im Rahmen der, die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkenden, anhaltenden – psychogen von Verdeutlichungstendenzen überlagerten – somatoformen Schmerzstörung keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer darstelle; der Versicherte verfüge zudem ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen, sodass diese mit einer zumutbaren Willensanstrengung aus medizinischer Sicht als überwindbar erscheinen. Ebenso überzeugt, wenn der psychiatrische Gutachter bzw. beide Gutachter in der Konsensbeurteilung aufgrund der geschilderten medizinischen Situation eine angepasste Tätigkeit (ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne Tätigkeit an traumaassoziierten Orten und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) als zu 100% zumutbar beurteilen.

Das Gericht hat keinen Anlass, an der Schlüssigkeit des den rechtsprechungsgemäss geltenden Anforderungen entsprechenden bidisziplinären Gutachtens zu zweifeln.

Soweit in der Beschwerde unter Berufung auf die Berichte der Ärzte des Spitals M. _____ (act. II 55 und 66; vgl. E. 3.1.5 und 3.1.6) geltend gemacht wird, die posttraumatische Belastungsstörung bestehe nach wie vor und namentlich stelle auch die Schmerzstörung einen Teil dieses Belastungsbildes dar, kann dem nicht gefolgt werden. Das Spital L. _____ äusserte sich in ihren Bericht vom 10. März 2014 (act. II 55) lediglich hin-

sichtlich der Ausweitung der Schmerzsymptomatik und bemerkte, dass diese durch das ursprüngliche Trauma nicht mehr erklärbar sei, erwähnte dagegen psychosoziale Faktoren (z.B. finanzielle Sorgen und Existenzängste); auf eine posttraumatische Belastungsstörung wurde indessen nicht Bezug genommen. Das Spital N._____ hielt im Bericht vom 2. Mai 2014 im Übrigen als Diagnose nebst der chronischen, therapieresistenten Schmerzstörung (einzig) einen *Verdacht* auf eine posttraumatische Belastungsstörung fest. Wie sie selber einräumte war sie bei Erstellung des Berichts nicht im Besitz der Unterlagen der bisherigen psychiatrischen Beurteilungen (act. II 66 S. 4) und hatte damit offenbar keine Kenntnis von der – letztlich übereinstimmenden und schlüssigen – fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung einerseits des behandelnden Psychiaters und andererseits des Gutachters.

Die somatoforme Schmerzstörung hat gemäss der nachvollziehbaren Begründung des psychiatrischen Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sodass sich eine Prüfung der massgeblichen zusätzlichen Kriterien (sog. Foerster-Kriterien) von vornherein erübrigt. Festzuhalten ist immerhin, dass eine körperliche Begleitkrankheit – entgegen der in der Beschwerde (S. 7 Art. 10) vertretenen Auffassung – schon deshalb nicht anzunehmen ist, weil für die in somatischer Hinsicht geklagten Beschwerden kein medizinisches Korrelat objektiviert werden konnte.

3.3 Nicht zu überzeugen vermag indessen, dass die Zumutbarkeit einer vollständigen Arbeitsleistung aus gutachterlicher Sicht erst ab Juli 2013 anzunehmen sei und bis dahin eine 40%ige Einschränkung bestanden haben soll. Offensichtlich haben sich die Gutachter dabei auf das Datum des Berichts des behandelnden Psychiaters, Dr. med. J._____ (act. II 43), gestützt, ohne zu beachten, dass dieser seinen Bericht zwar am 22. Juli 2013 verfasst, darin aber die spätestens anlässlich der letzten Konsultation am 18. Juni 2013 getroffenen Feststellungen wiedergegeben hat. Hinzu kommt, dass im Lichte des Berichts von Dr. med. J._____ nicht davon auszugehen ist, dass es sich bei der darin festgestellten um eine eben erst eingetretene Entwicklung handelt. Die posttraumatische Belastungsstörung wurde im Zeitpunkt der Konsultation vom 18. Juni 2013 als vollständig remittiert beschrieben; die Remission eines bestehenden Leidens ergibt sich

aus einem therapeutisch begleiteten Prozess, sodass sich kein exakter Zeitpunkt für die Beendigung dieses Prozesses festlegen lässt. Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang allerdings, dass im Abschlussbericht betreffend die vom 2. April bis 30. Mai 2013 absolvierte Abklärung in der F._____ keine auf die posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführende psychische Beeinträchtigung erwähnt bzw. entsprechende Symptome festzustellen waren, sondern die Unmöglichkeit, das anfängliche Pensum von 50% wie vorgesehen zu steigern, einzig mit den Hüftschmerzen begründet wurde (act. II 42), ergibt sich, dass die vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit spätestens im April 2013 – wenn nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt – bestanden hat bzw. die posttraumatische Belastungsstörung schon damals remittiert war.

Von einer allfälligen von der Unfallversicherung veranlassten Begutachtung ist diesbezüglich kein anderes Ergebnis zu erwarten, weshalb das Vorliegen eines solchen Gutachtens nicht abgewartet werden muss (antizipierte Beweismündigkeit; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Nachdem sich der Beschwerdeführer im November 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hatte, hätte ein Rentenanspruch nach Ablauf des Wartjahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und in Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist nach der Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG) frühestens per Mai 2013 entstehen können. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

Hinsichtlich des Valideneinkommens ist vom zuletzt bei C._____ erzielten Einkommen auszugehen, welches sich im Jahr 2011 auf Fr. 66'322.— belief (act. II 13 S. 9; Bruttolohn). Zahlen für das Jahr 2013 (frühestmöglicher Rentenbeginn) liegen nicht vor und es ist auch nicht möglich, eine allfällige Lohnentwicklung festzulegen. Es erscheint deshalb als angezeigt, das Invalideneinkommen für den gleichen Zeitpunkt (d.h. das Jahr 2011) festzulegen und mit dem oben genannten Valideneinkommen zu vergleichen, ausgehend davon, dass sich beide Vergleichseinkommen in der gleichen Weise verändert hätten.

Gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik des Jahres 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Männer, umgerechnet

auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden sowie indiziert auf das Jahr 2011 hätte der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit bei vollem Pensum einen Verdienst in Höhe Fr. 5'160.40 ($4'901 : 40 \times 41,7 \times 1,01$) pro Monat bzw. Fr. 61'924.80 pro Jahr erzielen können. Der resultierende Invaliditätsgrad (6.63%) liegt damit deutlich unter der rentenbegründenden Schwelle.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, die gegen sie erhobene Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen.

4.

4.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.— bis Fr. 1'000.— festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

Vorliegend werden die Verfahrenskosten, gerichtlich auf Fr. 700.— festgesetzt, dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.— werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.