

200 17 359 IV
GRD/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. April 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde im Januar 2014 unter Hinweis auf eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit 5. September 2013 von seiner Arbeitgeberin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1), ehe er sich im Mai 2014 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall selber zum Leistungsbezug anmeldete (AB 6). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 4, 13 f., 22, 30, 47, 80, 91) ordnete die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 23) ein rheumatologisches Gutachten (Gutachten vom 10. November 2014; AB 35.1) und eine berufliche Massnahme (Bericht vom 26. November 2015; AB 73) sowie ein Aufbau-training in der Abklärungsstelle B._____ (Berichte vom 7. März [AB 87] und 31. Mai 2016 [AB 98]) an, nachdem berufliche Massnahmen nach vorgängiger Aufforderung zur Schadenminderung (AB 54) schon einmal abgebrochen worden waren (AB 58). Aufgrund der im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen gezeigten Einschränkungen empfahl der RAD (AB 93) eine bidisziplinäre (psychiatrisch-rheumatologische) Begutachtung (Gutachten vom 29. September 2016; AB 107.1 f.). Am 18. November 2016 erliess die IVB einen Vorbescheid, wonach mangels Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kein Leistungsanspruch bestehe (AB 110). Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage von medizinischen Unterlagen Einwand (AB 111, 116). Am 9. März 2017 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend (AB 117).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit vom 7. April 2017 datierter und am Folgetag der Post übergebener Eingabe Beschwerde. Er beantragt die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung macht er im Wesentlichen gel-

tend, aufgrund des schleichend bei seiner schweren Arbeit zugezogenen Rückenschadens verringere sich seine Arbeitsleistung um 50 %; entsprechend könne nicht von einer bloss schwach ausgeprägten Schmerzstörung die Rede sein.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin 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 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 9. März 2017 (AB 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierete Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.2.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser

Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsrahmen ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter

nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 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 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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Gemäss Berichten vom 6. und 31. Januar 2014 (AB 22/9 ff.) von Dr. med. C. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, leidet der Beschwerdeführer an einem chronischen statisch-mechanischen lumbovertebralen Syndrom, welches mit den sichtbaren leichtgradigen degenerativen Veränderungen jedoch nicht hinreichend erklärt werden könne. Es stelle sich die Frage nach einem funktionell überlagerten Problem oder nach einer paraneoplastischen Genese, zumal anamnestisch ein Gewichtsverlust von fast 20 kg innerhalb eines Jahres zu verzeichnen sei. Momentan fehlten Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen; laborchemisch zeigten sich unauffällige Befunde. Die Schonung am Arbeitsplatz mit nur noch leichter körperlicher Tätigkeit habe umgesetzt werden können und sei vom Arbeitgeber bis Ende Juni 2014 akzeptiert worden (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Es könne grundsätzlich eine gute Prognose abgegeben werden. Entsprechend sollte es auch möglich sein, dass ab Juli 2014 das Arbeitspensum wieder gesteigert werden könne. Aus medizinisch-rheumatologischer Sicht bestünden keine objektivierbaren Befunde, welche eine Invalidenrente rechtfertigen würden.

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 18. Juli 2014 (AB 22/2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom; geistige und psychische Einschränkungen bestünden keine. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 %; trotz intensiven Bemühungen firmenintern und durch den Beschwerdeführer komme es immer wieder zu Schmerzexacerbationen bei Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % bzw. der Intensität. Nach Vornahme arbeitserleichternder Massnahmen mit einer Gewichtslimite vom max. 10 kg körpfernah und ohne Rotationsbewegungen in wechselseitiger Tätigkeit sollte eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich werden (allenfalls bei vorübergehender Teilberentung).

3.1.3 Im rheumatologischen Gutachten des Spitals E._____ vom 10. November 2014 (AB 35.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom mit zunehmenden Zeichen einer chronischen Schmerzausweitung diagnostiziert (S. 13). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gelegentlich schmerzfreie Augenblicke habe und in der Nacht weitgehend ungestört sei, spreche für eine mechanische Ursache der Beschwerden; Hinweise für eine entzündliche Ursache hätten bisher nicht gefunden werden können (S. 11). Der Beschwerdeführer leide an tief lumbalen Rückenschmerzen aufgrund einer muskulären Schwäche und einer leichten Instabilität im lumbosakralen Übergang. Diese Erkrankung limitiere das Heben und Tragen von schweren Lasten. Eine psychische oder geistige Einschränkung bestehe nicht (S. 14 Ziff. 1). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die bisherige (schwere) Tätigkeit als nicht arbeitsfähig anzusehen; für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit bestehe aber keine strukturelle Einschränkung, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Aufgrund der ausgeprägten Dekonditionierung nach dem Gewichtsverlust von 20 kg sei aktuell die Arbeitsfähigkeit von 50 % zur Reintegration berechtigt. Im Sinne einer optimalen Reintegration könne die Arbeitsfähigkeit von 50 % in den nächsten Monaten sukzessive gesteigert werden. Für eine leichte wechselbelastende adaptierte Tätigkeit (unter Vermeidung des Hebens und Tragens von Lasten über 10 kg sowie länger dauernder sitzender oder stehender Tätigkeiten) sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 11 f. und 14 f.).

3.1.4 Gemäss Austrittsbericht vom 20. April 2015 war der Beschwerdeführer vom 16. bis 28. März 2015 in der Klinik F._____ hospitalisiert. Er habe sein Therapieprogramm sehr ernst genommen und habe gute Fortschritte hinsichtlich einer Verbesserung seiner Beweglichkeit erzielen können; er sei bei verbesserter Mobilität in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (AB 47).

3.1.5 Der Verlauf der beruflichen Abklärung in der Abklärungsstelle B._____ vom 17. August bis 16. November 2015 war durch die vom Beschwerdeführer benannten körperlichen Einschränkungen geprägt gewesen. Er habe sein Pensum nicht wie in der Zielvereinbarung vorgesehen

auf 70 % steigern können. Aufgrund der starken Rücken- und Nackenschmerzen, den regelmässigen Zusatzpausen und der tiefen Leistung sei eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt momentan nicht möglich (AB 73/2).

Auch der Verlauf des (verlängerten) Aufbautrainings in der Abklärungsstelle B. _____ vom 17. November 2015 bis 22. Mai 2016 war durch die von Beschwerdeführer benannten körperlichen Einschränkungen geprägt. Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik und der körperlichen Einschränkungen habe keine positive Entwicklung beobachtet werden können. Zudem habe er gegen Ende der Massnahme teilweise psychische Schwierigkeiten aufgrund der stagnierenden körperlichen Entwicklung bekundet. Aufgrund der schlechten körperlichen Verfassung und der tiefen Arbeitsleistung sei der Beschwerdeführer momentan für den ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar (AB 87/1, 98/2 f.).

3.1.6 Mit Bericht vom 8. April 2016 ging der Hausarzt von einem stationären Zustand aus; sämtliche Therapieoptionen hätten zu keiner anhaltenden Verbesserung bzw. zu einem Erfolg geführt. Aufgrund der Therapieresistenz der Symptomatik sei von einer unterdurchschnittlichen Prognose auszugehen; eine Reintegration in die erste Arbeitswelt sei seiner Meinung nach nicht mehr möglich (AB 91/2).

3.1.7 Mit Stellungnahme vom 19. April 2016 bezeichnete der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, das rheumatologische Gutachten des Spitals E. _____ vom 10. November 2014 (vgl. E. 3.1.2 hiervor) als nachvollziehbar. Es bestünden zweifelsfrei degenerative Wirbelsäulenveränderungen, welche jedoch die geltend gemachte Intensität der Schmerzen nicht zu erklären vermöchten. Es sei nicht selten, dass selbst sehr niederschwellige Massnahmen der IV zur Folge hätten, dass sich das Zumutbarkeitsprofil zunehmend ungünstig entwickle, so dass plötzlich sogar eine vollständige Invalidität drohe, ohne dass neue somatische Schädigungen dokumentiert würden. Er sei nicht sicher, ob subjektive Angaben bei solchen Massnahmen kritisch genug hinterfragt würden und ob auch an Aggravation und Selbstlimitierung gedacht werde. Da die geltend gemachte Intensität der Schmerzen durch die somatischen Befunde

nicht erklärt werden könne, gelte es rechtsprechungsgemäss ein psychiatrisches Leiden auszuschliessen (AB 93).

3.1.8 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 29. September 2016 (AB 107.1/8 ff.) konnte Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, keine Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden, die erstmalig 2012 eingesetzt und die sich seit 2013 generalisiert hätten und seit 2015 den ganzen Körper betreffen, würden mit den geschilderten Schmerzmechanismen auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hinweisen, mit denen sich der Beschwerdeführer unterdessen für die Diagnose eines primären Fibromyalgie-Syndrom qualifiziere. Für die Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms, wie es noch im Gutachten vom 10. November 2014 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) diskutiert worden sei, qualifiziere sich der Beschwerdeführer unterdessen nicht mehr, denn diese Diagnose setze voraus, dass die Schmerzen durch eine lumbale Pathologie bedingt seien und Schmerzcharakteristika aufwiesen, die hinweisend seien auf eindeutig schmerzverstärkende resp. schmerzlindernde Schmerzmechanismen. In Ermangelung dessen stehe seit 2013 die im Gutachten vom 10. November 2014 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) bereits diskutierte chronische Schmerzausweitung im Vordergrund. Retrospektiv beurteilt und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne nicht mehr an einem somatischen Kern der unterdessen chronisch generalisiert geschilderten Schmerzen festgehalten werden. In der klinischen Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik imponiert, diffuse Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen aller axialen und aller peripheren Gelenke und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus. Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen einerseits den geschilderten Beschwerden sowie dem Verhalten des Versicherten während der Begutachtung und andererseits den objektivierbaren Befunden. Allgemeininternistisch könne kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht als auch unter Mitberücksichtigung der psychosomatisch-psychiatrischen Komponente für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten

für keinen Zeitraum anhaltend eingeschränkt gewesen. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess auswirken könnten sich krankheitsfremde Faktoren wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, ärztlicherseits längerdauernd attestierte Arbeitsunfähigkeiten, fehlende Berufsausbildung, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation.

Auch im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. September 2016 (AB 108.1/8 ff.) konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Im Vordergrund der Problematik stünden subjektiv die Rückenschmerzen. Soweit diese durch einen rheumatologischen Gutachter nicht erklärt werden könnten, müsse an eine psychosomatische Überlagerung gedacht werden. Der Beschwerdeführer selber zeige die Symptomatik, welche die ICD-10 bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung voraussetze, nur in geringem Ausmass. Er äussere z.B. keine hypochondrischen Befürchtungen, die Schmerzen seien von Belastungen abhängig und nicht von Lebensproblemen, zudem bestehe eine Wetterfühligkeit. Es könne höchstens von einer beginnenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Bei der Untersuchung würden nämlich gewisse fixierende, eventuell etwas demonstrative Verhaltensweisen auffallen. Der Beschwerdeführer zeige keine Hinweise dafür, dass sich eine psychiatrische Komorbidität ausgebildet hätte; so zeige er kaum Symptome, welche die ICD-10 bei einer depressiven Episode (F32) voraussetze. Es sei wichtig, den Beschwerdeführer aus der finanziellen Misere zu befreien. So bestünden invaliditätsfremde Faktoren wie schwierige finanzielle Lage, Arbeitslosigkeit und soziokulturelle Faktoren. Unter Berücksichtigung von Ausschlussgründen wie Aggravation zeige der Beschwerdeführer eine Diskrepanz, spreche er doch von starken Schmerzen, bleibe aber emotional ruhig. Auch gehe er regelmässig sportlichen Tätigkeiten nach. Die Schmerzen würden zudem vage beschrieben. Die Eingliederung werde vermutlich, sofern nicht eindeutig somatische Gründe gefunden würden, durch krankheitsfremde Faktoren eingeschränkt, ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankheitsbild sei dabei jedenfalls nicht mitbeteiligt. Aus psychiatrischer, psychosomatischer Sicht sei der Beschwerdeführer in

der bisherigen bzw. in einer angepassten Tätigkeit nie anhaltend eingeschränkt gewesen.

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (AB 107.2).

3.1.9 Der Hausarzt weist im Bericht vom 20. Januar 2017 (AB 116/1) auf die in mehrmonatigen Arbeitsversuchen im geschützten Rahmen festgestellte reduzierte Arbeitsfähigkeit mit leichter Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt hin. Diese Tätigkeit betrage max. 50 % bei einer Leistungsfähigkeit von ebenfalls max. 50 %. Während der Evaluationszeit habe der Beschwerdeführer mehrfach wegen Exacerbationen seiner Schmerzsymptomatik im Bereich des gesamten Rückens die Arbeit pausieren müssen; zudem seien mehrfach ärztliche schmerztherapeutische Interventionen erfolgt. Aufgrund der Gesamtsituation bestehe hier eine klare Rentensituation aufgrund einer Invalidität von 50 % für den ersten, wenn nicht auch für den zweiten Arbeitsmarkt.

3.2

3.2.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.2.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 In der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2017 (AB 117) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das bidisziplinäre (psychiatrisch-rheumatologische) Gutachten der Dres. med. I. _____ und H. _____ vom 29. September 2016 (AB 107.1 f.; vgl. E. 3.1.8 hier vor). Dieses erfüllt die gemäss Rechtsprechung an den Beweiswert von Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.2 hier vor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.2.3 hier vor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

3.3.1 In rheumatologischer Hinsicht wird schlüssig aufgezeigt, dass sich die zunächst durch eine lumbale Pathologie bedingten Schmerzen mittlerweile derart generalisiert haben, dass nunmehr eine chronische Schmerzausweitung im Vordergrund steht. Schon im früheren Gutachten des Spitals E. _____ vom 10. November 2014 ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verneint worden (AB 35.1/12). Laut Dr. med. H. _____ ist aktuell aus somatisch-rheumatologischer Sicht kein die Arbeitsfähigkeit auch in den bisherigen Tätigkeiten beeinträchtigender somatischer Gesundheitsschaden (mehr) vorhanden (AB 107.1/18). Es bestehen zweifelsfrei degenerative Wirbelsäulenveränderungen, welche jedoch die geltend gemachte Intensität der Schmerzen nicht zu erklären vermögen (vgl. AB 93/2 unten). Bereits in der damaligen Begutachtung bestanden Hinweise auf auch nicht somatisch abstützbare Beschwerden (vgl. AB 35.1/11 f.). Ebenso imponierten in der aktuellen klinischen Untersuchung eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen sowie undifferenzierte Bewegungsschmerzen aller axialen und aller peripheren Gelenke und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus (AB 107.1/9 Mitte); entsprechend stellte der Gutachter eine erhebliche Diskrepanz zwischen einerseits den geschilderten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers während der Begutachtung und andererseits den objektivierbaren Befunden fest (AB 107.1/12 Mitte), die auf krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zurückgeführt werden könnten (AB 107.1/15 unten).

3.3.2 Eine vermutete psychosomatische Überlagerung konnte im psychiatrischen Teilgutachten nicht affirmativ diagnostiziert werden, da die entsprechende Symptomatik nicht im geforderten Umfang vorhanden war (AB 108.1/9 f.). Hingegen lagen laut Gutachter invaliditätsfremde Gründe wie Arbeitslosigkeit, schwierige finanzielle Lage und soziokulturelle Faktoren vor (AB 108.1/11 unten). Ebenfalls zeigte sich eine Diskrepanz dahingehend, dass der Beschwerdeführer von starken Schmerzen sprach, dabei aber emotional ruhig blieb und auch regelmässig sportlichen Tätigkeiten nachgeht. Die Schmerzen hat er zudem vage beschrieben (AB 108.1/12 oben). Etwelche in der Vergangenheit festgestellten Einschränkungen auf-

grund derartiger Schmerzschilderungen (vgl. E. 3.1.5 f. und 3.1.9 hiervor) waren damit weder somatisch noch psychosomatisch begründbar. Damit leuchtet auch das psychiatrische Teilgutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und dessen Schlussfolgerungen erweisen sich als begründet.

3.4 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in seiner Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist. In psychischer Hinsicht liegt (nebst invaliditätsfremden Faktoren) eine schwach ausgeprägte anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Diese Diagnose wird vom Gutachter Dr. med. I. _____ unter denjenigen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 108.1/8). Aspekte, die vom Gutachter Dr. med. I. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, finden sich in den gesamten Akten nicht. Es liegen keinerlei Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit seiner Expertise sprechen würden. Unter diesen Umständen besteht kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Hat die anhaltende somatoforme Schmerzstörung wie vorliegend keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, erübrigt sich die (rechtliche) Prüfung der einzelnen Indikatoren im Sinne von BGE 141 V 281. Bei medizinisch fehlendem invalidisierendem Gesundheitsschaden lässt sich ein solcher rechtlich von vornherein nicht begründen. Die Abweisung des Leistungsbegehrens ist somit zu Recht erfolgt. Die entsprechende Verfügung vom 9. März 2017 (AB 117) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

4.

4.1 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. 800.--, zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Angesichts seines Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit 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:

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.