

200 17 822 IV
SCP/FRN/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. November 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1986 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., meldete sich am 20. Oktober 2015 unter Hinweis auf „viel Arbeiten, Stress usw.“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses „Finanzbuchhaltung 1“ (AB 32) und liess den Versicherten psychiatrisch begutachten (psychiatrisches Gutachten vom 23. März 2017, AB 45.1), nachdem dies vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) empfohlen worden war (AB 36 S. 5). Mit Vorbescheid vom 12. April 2017 (AB 48) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht mit der Begründung, dass die angestammte Tätigkeit als ... sowie jede andere, ähnliche Erwerbstätigkeit, vollschichtig zumutbar sei. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 51) und liess einen Bericht seiner Hausärztin einreichen (AB 60). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 66) wies die IVB dem Vorbescheid entsprechend mit Verfügung vom 27. Juli 2017 das Leistungsbegehren ab (AB 67).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2017 (Postaufgabe) Beschwerde und beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Vornahme weiterer medizinischer (somatischer) Abklärungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. Juli 2017 (AB 67). 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 11. Mai 2015 (AB 16 S. 18 f.) diagnostizierten Dr. med. B. _____ und Dr. med. C. _____, beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Zentrum D. _____, therapierefraktäre Lumbalgien ohne Ausstrahlung sowie einen Status nach Morbus Scheuermann. Der Beschwerdeführer werde zur Beurteilung seiner tieflumbalen Rückenschmerzen zugewiesen. Diese beständen seit ca. einem Monat konstant. Bereits seit etwa sechs Monaten habe er vermehrte Rückenschmerzen bemerkt, die immer wieder regredient gewesen seien. Die aktuelle Schmerzproblematik sei so stark, dass er regelmässig Targin, Dafalgan, Irfen und Novalgin einnehmen müsse (S. 18). Die therapierefraktären Schmerzen, die im Bereich der tieflumbalen LWS angegeben würden, könnten facetogen bedingt sein oder von einer Diskopathie stammen. Zur weiteren Abklärung würden ein MRI der LWS sowie konventionell-radiologische Bilder des Beckens zum Abschluss eines CAM-Impingements veranlasst.

3.1.2 Nach dem Vorliegen der MRI-Bilder führten die Dres. B. _____ und C. _____ im Bericht vom 21. Mai 2015 (AB 16 S. 16 f.) aus, es zeige sich eine dysplastische Hüftkonfiguration beidseits mit leichter Taillierungsstörung im kranialen Bereich des Schenkelhalses beidseits. Im Übrigen zeige sich eine unauffällige MR-tomographische Abbildung der LWS ohne Diskopathie und ohne neuroforaminale Kompression (S. 16). Eine Wirbelsäulenpathologie könne ausgeschlossen werden. Sie gingen am ehesten von einer muskulären Dysbalance aus, die am besten mit Physiotherapie anzugehen sei (S. 17).

3.1.3 Im Bericht vom 18. Juni 2015 (AB 16 S. 14 f.) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische systemische Erkrankung sowie eine Hüftdysplasie beidseits (S. 14). Es beständen eine schmerzhaft palpation der gesamten Hüftregion, insbesondere ein Leistenschmerz auf beiden Seiten und ein Druck-

schmerz an den Hüftabduktoren. Seiner Meinung nach handle es sich um systemische Beschwerden. Die geäusserten Probleme seien nicht auf eine isolierte Pathologie an den Hüftgelenken, insbesondere nicht auf die moderate Hüftdysplasie beidseits zurückzuführen (S. 15).

3.1.4 Im Bericht vom 24. Juli 2015 (AB 16 S. 11 ff.) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie, insbesondere ein generalisiertes z.T. myofascial bedingtes Schmerzsyndrom, differentialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung, einen Verdacht auf ein klinisch wenig symptomatisches Hüftimpingement beidseits sowie einen zweimalig erhöhten Antistreptolysintiter 2015. Anamnestisch leide der Beschwerdeführer seit ca. einem halben Jahr an chronischen, therapieresistenten Rückenschmerzen zervikal bis tieflumbal mit Ausstrahlung in den Schulter- aber auch Beckengürtelbereich. Daneben berichte er auch zunehmend über periphere Gelenkschmerzen im Bereich der Hand-, Schulter-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke ohne eigentliche Schwellung, Rötung oder Überwärmung. Zum Befund führte Dr. med. F. _____ aus, es bestünden deutliche periarthropathische Weichteilschmerzen im Bereich der gelenkstabilisierenden Muskulatur der Hüft- und Kniegelenke sowie der Hand- und Ellbogengelenke. Zudem zeigten sich deutliche Tendomyosen und Triggerpunkte im Bereich der gesamten Nacken- und Schultermuskulatur als auch der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur. Zudem bestehe eine ausgeprägte Rumpfinstabilität mit Haltungsinsuffizienz bei fehlender Möglichkeit des Abhebens des Oberkörpers aus dem Liegen. Der Beschwerdeführer zeige eine verlangsamte Ausführung der Globalfunktionen im Sinne eines Waddell-Zeichens (S. 11 f.). Die Anamnese, Klinik sowie fehlenden humoralen Entzündungswerte (inkl. negativer Rheumaserologie) sprächen gegen eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis. Insgesamt könnten die somatisch erhobenen Befunde das Beschwerdebild nicht ausreichend erklären. Aufgrund des doch deutlich subjektiven Leidensdrucks sowie der chronifizierten, eher sich ausbreitenden Schmerzsymptomatik mit bisher frustanem Therapieverlauf müsse eine zusätzlich nichtorganische Schmerzkomponente im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung postuliert werden. Dafür spreche auch die Selbstlimitierung im Rahmen der klinischen Untersuchungen. Aus rheumatologischer Sicht sowie fehlenden höhergradigen strukturellen Veränderungen könne

eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit nicht begründet werden (S. 12 f.).

3.1.5 Im Bericht des Spitals H._____, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. August 2015 (AB 34 S. 15 ff.) diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, einen chronischen Cannabis-Abusus sowie aktenanamnestisch einen Verdacht auf ein klinisch wenig symptomatisches Hüftimpingement beidseits (S. 15). Seit circa einem Jahr bestehe eine progrediente Schmerzstörung mit myofaszialer Komponente, aber auch klaren Hinweisen auf eine Zentralisierung, was sich in der stark schmerzhaften Klammerralgometrie und der Schmerzausweitung zeige. In der anamnestischen Exploration zeige sich ein deutliches Überleistertum im Sinne einer „Action-Proneness“ mit ausgeprägtem Aktivismus bei der Arbeit und Schwierigkeiten, Erholungsphasen auszuhalten sowie eine starke Identifikation mit diesem Charakterzug. In der biographischen Exploration bestünden Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung von Seite der Mutter als möglicher Pain-Proneness-Faktor. Somit bestünden mehrere prädisponierende Risikofaktoren, welche zur Schmerzchronifizierung beitragen. Als Reaktion auf die Schmerzproblematik habe sich eine depressive Anpassungsstörung entwickelt mit im Vordergrund stehendem Grübeln und Irritabilität. Er halte eine multimodale Schmerztherapie für indiziert (S. 16 f.).

3.1.6 Der Beschwerdeführer war vom 7. September bis am 2. Oktober 2015 zur multimodalen Schmerztherapie im Spital H._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin vom 21. Oktober 2015 (AB 16 S. 1 ff.) führten die Ärzte aus, differentialdiagnostisch würden sie an ein chronisches Schmersyndrom mit psychischen und physischen Anteilen bei einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion denken. Es gebe in der Biographie des Beschwerdeführers Pain Prone-Faktoren durch einen elterlichen Konflikt und Trennung der Eltern sowie distanzierte emotionsarme Beziehung seitens der Mutter. Zudem laste ein starker Druck auf dem Beschwerdeführer in der Beziehung zu seinem Vater, welcher ihn als Nachfolger seiner ... bestimmt habe. Aufgrund der depressiven Stimmungslage sowie zur Schmerzdistanzierung

hätten sie eine Therapie mit Duloxetin (Cymbalta) begonnen. Zudem sei eine Analgesie mit Tramadol retard Tabletten begonnen worden, worauf die Schmerzen, vorallem morgens, gut ansprachen. Unter diesen Massnahmen, der Physio- und Ergotherapie, sowie durch die regelmässigen Gespräche mit den Abteilungsärzten, den Psychologen und der Teilnahme an psychoedukativen Gruppentherapien und Entspannungsgruppen habe er sich zunehmend stabilisiert (S. 2).

3.1.7 Die Hausärztin, Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 27. Oktober 2015 (Eingang beim Krankenversicherer; AB 20.3 S. 10) aus, es bestehe eine Besserungstendenz. Zur Arbeitsfähigkeit gab sie an, in der bisherigen Tätigkeit sei ab November 2015 probatorisch ein Wiedereinstieg initial von 20% möglich. Eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sei unwahrscheinlich.

3.1.8 Im Bericht des Spitals H._____, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. Februar 2016 (AB 20.3 S. 4 f.) zu Handen des Krankenversicherers führten die Ärzte aus, eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeiten sei frühestens ab Dezember 2015 nach einer nochmaligen Beurteilung durch den Hausarzt in Erwägung gezogen worden (S. 4). Bei persistierender Problematik unter den Umständen einer körperlich stark belastenden Tätigkeit müsste allenfalls die berufliche Situation hinsichtlich möglicher Entlastungen nochmals reflektiert werden (S. 5).

3.1.9 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 22. April 2016 (Eingang beim Krankenversicherer; AB 20.3 S. 2) aus, die Entwicklung des Beschwerdebildes sei regredient. Leichte Büroarbeiten von kurzer Dauer, maximal einen halben Tag am Stück, seien möglich.

3.1.10 Dr. med. I._____ führte im Bericht vom 4. August 2016 (AB 34 S. 2 ff.) aus, seit April 2015 sei keine vollzeitliche Tätigkeit als ... mehr möglich, die Prognose sei ungewiss. Es bestehe dabei eine schmerzbedingt eingeschränkte Belastbarkeit der Gelenke, der Muskulatur sowie psychisch (verminderte Konzentration). Drei bis vier Stunden ... täglich seien möglich seit Mai 2016 (50%). Als ... würde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen (S. 4. f.).

3.1.11 Die RAD-Ärztin, med. pract. J. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte im Bericht vom 30. August 2016 (AB 36) aus, beim Beschwerdeführer seien sowohl ernsthafte objektivierbare Wirbelsäulenprobleme als auch eine relevante Hüftproblematik für die beklagten Beschwerden als Ursache fachspezifisch ausgeschlossen worden. Auch eine entzündlich rheumatologische Erkrankung sei wiederholt ausgeschlossen worden. Zusätzlich sei in der rheumatologischen Untersuchung festgehalten worden, dass die Waddelzeichen positiv gewesen seien und sehr vieles auf eine Symptomausweitung hingewiesen habe. Die letztendlich übrigbleibenden myofaszialen Beschwerden seien grundsätzlich gut therapierbar. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei immer zu 100% zumutbar gewesen. Die letzte Tätigkeit als ... sei die ganze Zeit über weiterhin rein somatisch zumutbar gewesen. Da keine Diagnose durch einen Facharzt der Psychiatrie gestellt worden sei, werde nun ein psychiatrisches Gutachten benötigt (S. 4 f.).

3.1.12 Im psychiatrischen Gutachten vom 23. März 2017 (AB 45.1) stellte Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54, S. 16). Der Beschwerdeführer leide seit April 2015 mehr oder weniger aus heiterem Himmel unter starken Schmerzen, fühle sich deswegen nicht arbeitsfähig. Er klage über Rückenbeschwerden, wobei die Klagen eher diffus gewesen seien. Das Ausmass der geklagten Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Vorbestehende psychosoziale Belastungsfaktoren lägen nicht vor. Der Beschwerdeführer leide nicht unter ausgeprägten quälenden Schmerzen. Trotz seiner Beschwerden gestalte er seinen Alltag aktiv. Die Diagnose einer Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Hintergründe der Schmerzverarbeitungsstörung seien weitgehend unklar. Er werde mit Cymbalta zur Schmerzdistanzierung und mit Tramal behandelt. Das Tramal führe zu einer Trägheit, Passivität, die die regressiven Tendenzen unterstütze. Mit der Opiatbehandlung sollte dringend aufgehört werden, da dies

einen ungünstigen Einfluss auf den Beschwerdeführer habe, die Passivität und Regression weiter verstärke. Er leide unter leichten Einschlafstörungen wegen der ungewissen Zukunft, könne aber dann gut schlafen. Am Morgen sei er durch die Schmerzen etwas beeinträchtigt. Er führe den Haushalt weitgehend selbständig, erledige Einkäufe, koche, fühle sich in der Rolle als Hausmann wohl (S. 15 f.). Durch seine Freundin erfahre er eine gute Unterstützung und habe auch regelmässig Kontakt zu seinem Vater und zu seiner Schwester. Er pflege auch soziale Kontakte. Zurzeit bestehe keine Motivation, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 18). Er klage über stärkste Schmerzen, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei aber kaum ein Leidensruck feststellbar gewesen (S. 19). In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Auch in jeder anderen beruflichen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 21).

3.1.13 Im Bericht vom 30. Mai 2017 (AB 60) führte Dr. med. I. _____ aus, orthopädische und rheumatologische Abklärungen hätte bisher keine somatische Ursache der Beschwerden zeigen können. Differentialdiagnostisch komme nebst einer Fibromyalgie auch eine somatoforme Schmerzstörung in Frage. Was das psychiatrische Gutachten betreffe, stünden gewisse Aussagen im Widerspruch zueinander. Hinsichtlich der Aetiologie der Beschwerden erachte sie ein rheumatologisch-orthopädisches Gutachten für indiziert, dies auch mit der Frage nach Fibromyalgie (S. 3).

3.1.14 In der Stellungnahme von 20. Juli 2017 (AB 66) hielt die RAD-Ärztin fest, am Entscheid der IV könne weiter festgehalten werden. Der bis Oktober 2015 bestehende chronische Cannabisabusus mit möglichem Beikonsum bei früheren Experimenten mit anderen Drogen als Sucht sei nicht über die IV mitversichert. Die vom Beschwerdeführer damals beschriebenen Ganzkörperschmerzen seien auch als Entzugserscheinungen bei ansonsten Gesunden bekannt. Eine allgemeine Dekonditionierung sei nicht über die IV mitversichert. Die Hausärztin sei sich scheinbar nicht bewusst, dass sie durch ihre Medikation, welche sie von Spezialärzten übernehme, wie vom Psychiater beschrieben, erst noch die Symptome des Beschwerdeführers im Rahmen der Nebenwirkungen unterhalten könne. Das neu rezeptierte Palexia zweimal täglich führe ebenso wie zuvor das Tramal zur

Sedierung/Somnolenz und in eine unnötige Abhängigkeit des Beschwerdeführers mit daraus folgenden Entzugsschmerzen (S. 2).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Soweit beschwerdeweise vorgebracht wird, die beklagten Schmerzen seien somatisch und nicht psychisch bedingt und nach zweieinhalbjähriger ärztlicher Fehlbehandlung sei nun endlich die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt worden, kann daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden. Denn im Rahmen der rheumatologischen Abklärung ist eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis zufolge fehlender humoraler Entzündungswerte (inkl. negativer Rheumaserologie) ausgeschlossen worden (AB 16 S. 11 f.). Überdies ergaben die klinisch und bildgebend erfolgten umfassenden somatisch-orthopädischen Abklärungen bei unauffälligen Befunden einzig eine muskuläre Dysbalance. Eine Wirbelsäulenpathologie wurde klar ausgeschlossen (AB 16 S. 17). In orthopädischer Hinsicht wurde auch nachvollziehbar

und überzeugend ausgeführt, dass die geäusserten Beschwerden nicht auf eine isolierte Pathologie an den Hüftgelenken, insbesondere nicht auf die moderate Hüftdysplasie beidseits zurückzuführen sind (AB 16 S. 15). Insoweit hat die RAD-Ärztin in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten des Spitals H._____ (AB 34 S. 15 ff.; 16 S. 2) und des Rücken zentrums (AB 16 S. 13) überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht umfassend abgeklärt ist und es diesbezüglich – bei mit positiven Waddell-Provokationstestungen nachgewiesener Selbstimitation (AB 4.2 S. 4; 16 S. 12) – weiterer Abklärungen nicht, dafür aber einer psychiatrischen Abklärung bedarf (AB 36 S. 4).

3.4 In psychiatrischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2017 (AB 67) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten vom 23. März 2017 (AB 45.1) gestützt. Diese Beurteilung erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Der Gutachter hat sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf seine eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Darauf ist abzustellen.

Der Gutachter legt nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer an keiner psychischen Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit leidet, was auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird. Insbesondere zeigt der Gutachter mit überzeugender Begründung schlüssig auf, dass der Beschwerdeführer weder an einer somatoformen Schmerzstörung – insbesondere da keine emotionalen Konflikte im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren bestehen – noch an einer Anpassungsstörung, sondern einzig an einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) leidet (AB 45.1 S. 15 ff.). Diesbezüglich weist die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin, dass der Beschwerdeführer damit an einer Verhaltensauffälligkeit und nicht an einem krankheitswertigen psychischen Gesundheitsscha-

den leidet (Beschwerdeantwort S. 3; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2016, 9C_275/2016, E. 4.3.4).

3.5 Der Gutachter hält weiter fest, dass im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung stärkste Schmerzen geklagt worden seien, ein Leidensdruck aber kaum feststellbar gewesen sei (AB 45.1 S. 19). Aufgrund dieser auch vom behandelnden Rheumatologen festgestellten ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung mit deutlicher Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz (AB 16 S. 11 f.) kommt dem vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerdekomples aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zu. In diesem Zusammenhang hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf verwiesen, dass die blossе Diagnosestellung einer Fibromyalgie allein noch nicht zur Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens führen würde, sondern dass rechtsprechungsgemäss eine ergebnisoffene Beurteilung anhand von Standardindikatoren vorzunehmen wäre (Beschwerdeantwort S. 3). Da regelmässig keine leistungsrelevante Gesundheitsschädigung vorliegt, soweit die Leistungseinschränkungen auf Aggravation oder einem sekundären Krankheitsgewinn beruht und beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung mit deutlicher Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz vorliegt, wäre selbst dann kein Rentenanspruch gegeben, wenn die vom Beschwerdeführer genannte Diagnose wirklich zu stellen wäre (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

3.6 Schliesslich sind der Beschwerdeführer und die ihn in advokatorischer Sicht betreuende Hausärztin auf die überzeugende Einschätzung der RAD-Ärztin (AB 66 S. 2; unter Bezugnahme auf das psychiatrische Gutachten; AB 45.1 S. 15 f., S. 20) hinzuweisen, wonach der Beschwerdeführer mit dem Palexia und dem Tramal eine Medikation verabreicht bekommt, welche die von ihm beklagten Müdigkeits- und Trägheitssymptome hervorruft und unterhalten kann. Der Beschwerdeführer wird deshalb im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht auf solche Medikamente zu verzichten haben. Dass ihm dies möglich und zumutbar ist, hat er mit dem seit der Hospitalisation im Spital H._____ erfolgreichen Verzicht auf seinen zuvor täglichen Cannabiskonsum (AB 45.1 S. 17; AB 16 S. 5; 16 S. 1) bereits bewiesen.

3.7 Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

3.8 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 27. Juli 2017 (AB 67) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist 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.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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