

200 18 318 IV  
FUE/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Oktober 2018**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. März 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1981 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), der über keine Berufsbildung verfügt und zuletzt vom 1. Dezember 2014 bis zum 30. September 2015 als ... bei der B.\_\_\_\_\_ AG angestellt war, meldete sich im September 2015 bei der IV-Stelle ... (nachfolgend IVBL) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 11 S. 2 und 13). Am 4. April 2016 (act. II 35) leitete die IVBL die Akten des Versicherten zufolge dessen Umzugs in den Kanton Bern der IVB weiter. Diese tätigte in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie ein zu Händen des zuständigen Krankentaggeldversicherers erstelltes Gutachten des Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2016 (act. II 40.2) ein und liess den Versicherten – nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 60 S. 3 ff.) – durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär untersuchen (vgl. Teilgutachten vom 21. Juni und 10. Oktober 2017 sowie interdisziplinäre Beurteilung vom 10. Oktober 2017 [act. II 72.1/2, 78.1, 78.2]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 79 ff.) und Einholen einer RAD-Stellungnahme vom 16. Januar 2018 (Akten der IVB [act. IIA] 89) zu den einwandweise eingereichten Unterlagen verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. März 2018 (act. IIA 91) mangels eines langandauernden Gesundheitsschadens im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

### **B.**

Mit Eingabe vom 24. April 2018 führt der Versicherte hiergegen Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm berufliche Massnahmen zuzusprechen. Zudem beantragt er die unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Kostenbefreiung.

Der Instruktionsrichter stellte mit prozessleitender Verfügung vom 25. April 2018 fest, dass die Beschwerde den Formvorschriften nach Art. 32 Abs. 2 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) nicht entspreche (fehlende Unterschrift), wies die Originalbeschwerde zur Behebung des Formmangels an den Beschwerdeführer zurück, beschränkte das Verfahren vorerst auf die Prüfung der Rechtzeitigkeit der Beschwerde und forderte die Beschwerdegegnerin auf, dem Gericht hierzu sachliche Akten und Unterlagen zuzustellen sowie zur Frage der Rechtzeitigkeit Stellung zu nehmen.

Am 27. April 2018 reichte die Beschwerdegegnerin dem Verwaltungsgericht die angeforderten Unterlagen ein und beantragte, auf die Beschwerde einzutreten.

Aufforderungsgemäss ging am 14. Mai 2018 beim Verwaltungsgericht die vom Beschwerdeführer unterschriebene Beschwerde vom 24. April 2018 ein.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 9. Juli 2018 überwies die Beschwerdegegnerin dem Verwaltungsgericht eine ihr von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, eingereichte Eingabe vom 29. Juni 2018 inkl. Beilagen (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIB]).

## **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]) und die Bestimmungen über die Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG) sind eingehalten. Gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen (in den Gerichtsakten) ist auch die Einhaltung der Beschwerdefrist (Art. 60 ATSG) erstellt, womit auf die Beschwerde einzutreten ist.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. März 2018 (act. IIA 91). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Massnahmen (vgl. u.a. Beschwerde S. 2).

**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** Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

**2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). 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).

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 6. Juni 2016 (act. II 40.2) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 3.2.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ (ICD-10 F60.31), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide vom 12. bis zum 25. Lebensjahr, zweimonatige stationäre Entgiftung und Entwöhnung, nach eigenen Angaben aktuell abstinent, nicht überprüft, (ICD-10 F12.20), psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) sowie ein Bericht über einen sexuellen Übergriff durch den Klassenlehrer (ICD-10 Z61.5; Ziff. 3.2.2). Aktuell hätten sich Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung bei Angaben von 13 Jahre dauernder Cannabisabhängigkeit bis zum 25. Lebensjahr gefunden. Trotz Persönlichkeitsstörung und Zustand nach Cannabismissbrauch habe der Versicherte zwar unregelmässig aber zur Erwirtschaftung seines Lebensunterhaltes erfolgreich gearbeitet. Wieso nach einem weiteren (von vielen) Konflikt mit dem Vorgesetzten nun aufgrund der Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei nicht nachvollziehbar. Die berichteten Ängste und Panikattacken hätten im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht beobachtet werden können. Der Konsum von 40 Zigaretten täglich würde mit Angst und Panikattacken einhergehende vegetative Symptome verstärken. Eine medikamentöse Behandlung erfolge nicht. Selbstverletzungsimpulse und Selbstverletzungshandlungen seien für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung typisch. Anhaltspunkte für eine klinisch relevante depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbar-

keit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit hätten sich im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht gefunden; ebenso keine Hinweise für eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine affektive Psychose (S. 12 Ziff. 5). Psychiatrischerseits sei der Versicherte in der beruflichen Tätigkeit als ungelernter ... unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 100% nicht eingeschränkt (S. 13 Ziff. 7).

**3.1.2** Im Bericht der psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 (act. II 46) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) sowie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit (ICD-10 Z61.5) diagnostiziert. Was die rezidivierende depressive Episode betreffe, habe sich der psychische Zustand mittlerweile verschlechtert mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik und der Suizidalität. Auch die Einführung einer antidepressiven Medikation Anfang Juni habe nicht zur erwarteten Verbesserung geführt. Die psychische Belastung sei derart ausgeprägt, dass eine Hospitalisierung notwendig sei. Die depressive Symptomatik schliesse depressive Stimmung, Interessenverlust, Antriebsarmut, Gedächtnisstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und erfolgte Selbstverletzungen, Schlafstörungen, verminderten Appetit und sozialen Rückzug ein. Der Tag-Nacht-Rhythmus sei momentan völlig umgekehrt. Ein Gefühl der Gefühllosigkeit werde ebenfalls berichtet (S. 1). In Bezug auf die Panikstörung habe sich diese verschlechtert mit immer häufigeren und stärkeren Panikattacken. Diese würden vor allem zu Hause und ohne identifizierbare Auslöser auftreten. Seit fast zwei Jahren bestünden schwere Nervenzusammenbrüche mit Krämpfen, Hyperventilation und Atemstockungen. Was die narzisstische Persönlichkeitsstörung betreffe, würden die häufigen Konflikte mit den verschiedenen Vorgesetzten, die Kündigungen und die zahlreichen Beziehungsabbrüche auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen. Der Versicherte versuche zwar immer wieder beruflich einzusteigen, sei aber öfters mit Misserfolgen konfrontiert gewesen. Er sei alleine nicht in der Lage, sich langfristig in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Auch in den privaten Beziehungen seien immer wieder Schwierigkeiten aufgetreten. Momentan

sei sein soziales Netz sehr eingeschränkt und bestehe vor allem aus seinen zwei Mitbewohnerinnen. Der Versicherte habe regelmässig Suizidgedanken und -pläne geäussert, habe sich von deren Umsetzung aber distanzieren können. Momentan bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, dies in erster Linie aufgrund der depressiven Symptomatik. Es bestünden persönlichkeitsbedingte Schwierigkeiten, eine Stelle langfristig zu behalten. Um diese zu bewältigen seien berufliche Massnahmen nach der Stabilisierung der psychischen Verfassung sehr indiziert (S. 2).

**3.1.3** Vom 5. September bis zum 27. Oktober 2016 befand sich der Versicherte in der Klinik H.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. In deren Bericht vom 21. Dezember 2016 (act. II 57/1) wurden eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (Konversionsstörung; ICD-10 F44.9) diagnostiziert. Der Stationäre Aufenthalt sei erfolgt, weil sich der depressive Zu-stand verschlechtert habe und er unter suizidalen Gedanken leide (S. 1). Während des Aufenthaltes hätten sich die Stimmung und der Antrieb gebessert. Die Tagesstruktur und der Nachtschlaf seien gefestigt. Die Konzentration falle leichter und das Gefühl der Gefühllosigkeit sei einer spürbaren Verletztheit und leichten Erregbarkeit gewichen. Die dissoziative Symptomatik habe während des Aufenthaltes zugenommen. Insbesondere sei der Mutismus zu nennen, der im letzten Drittel des Klinikaufenthaltes aufgetreten sei (S. 4).

Vom 15. Februar bis zum 19. März 2017 erfolgte eine weitere stationäre Behandlung in der Klinik H.\_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 18. April 2017 [act. II 78.4]). Der Versicherte leide nach wie vor unter Dissoziationen, fehlendem Antrieb und kreisenden negativen Gedanken, die auch den Schlaf beeinträchtigten. Ziel für den stationären Aufenthalt sei es, Traumainhalte zu verarbeiten und durch weniger häufige Dissoziationen, regelmässiges Aufstehen und einen strukturierten Tagesablauf mehr Stabilität zu gewinnen (S. 1). Er habe als Schüler Übergriffe mit Todesangst, grosser Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt. Diese traumatischen Erfahrungen würden aktuell zu dissoziativen Symptomen, Ängsten und Widerständen führen, insbesondere wenn die Belastung hoch sei und an die Traumasituation

erinnernde Reize präsent seien (S. 2). Am 19. März 2017 habe der Versicherte die Klinik auf eigenen Wunsch vorzeitig verlassen (S. 3).

**3.1.4** Die behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 12. September 2017 (act. II 76/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativen Episoden (ICD-10 F43.1) sowie differentialdiagnostisch zusätzlich eine dissoziative Störung nicht näher bezeichnet (ICD-10 F44.9) und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10 F60.30; S. 2 Ziff. 1.1). Aus psychiatrischer Sicht bestünden ein Hyperarousal mit Schlafstörungen und Störungen des Tagesrhythmus. Es würden häufige Intrusionen in Form von Alpträumen und Flashbacks (Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperwahrnehmungen) sowie wiederholte Dissoziationen über zum Teil mehrere Stunden auftreten, während denen auch Selbstverletzungen oder Zerstörungen von Gegenständen vorkämen. Im Extremfall käme es zu mutistischen Phasen. Gelegentlich träten plötzlich einschiesende Wutausbrüche auf. Weiter bestünden eine chronische Suizidalität, eine allgemeine Erschöpfung und ein Energiemangel als Folge der jahrelangen psychischen und arbeitsmässigen Überlastung (S. 4 Ziff. 1.7). Das Konzentrations- und das Auffassungsvermögen seien leicht, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit massiv eingeschränkt. Es bestehe keine Fahrtauglichkeit (S. 6 Ziff. 1.13). Der Versicherte müsse dauernd sehr viel psychische Energie mobilisieren, um sich nur einigermaßen stabil zu halten. Diese Stabilität sei auf einem sehr tiefen Niveau und er dekompenriere mehrmals täglich. Er sei völlig unfähig, vernünftige Arbeitsbeziehungen aufzubauen und zu unterhalten, Arbeitsaufträge anzunehmen oder auszuführen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7). Die Einschränkungen würden sich durch medizinische Massnahmen (intensive Psychotherapie) vermindern lassen. Langfristig könnte damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Dies werde aber sicher mehrere Jahre dauern (S. 4 f. Ziff. 1.8).

**3.1.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ stellte im rheumatologischen Teilgutachten vom 21. Juni 2017 (act. II 72.1/2) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 6.1) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronifiziertes rechtsseitiges lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom mit/bei einer Diskopathie L5/S1, einem indirekten „Wirbelsäulentrauma“ vom 10. März 2015, einer mutmasslich ungenügenden Therapie zufolge Antriebsarmut sowie einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (S. 18 Ziff. 6.2). Der Stellenwert der Kreuz-Gefässschmerzen sei nicht sehr klar. Der Versicherte habe drei bis vier Mal pro Monat diese Schmerzen, lasse sich aber nicht behandeln und habe aktuell auch keinen Hausarzt. Die Eigenleistung gegen die Schmerzen sei mit zwei Mal 30 Minuten Rückengymnastik pro Woche eher dürftig. Auch die objektiv feststellbare Pathologie halte sich in Grenzen. Die Rückenmuskulatur sei nicht verspannt, die LWS allseits frei beweglich und werde auch spontan frei bewegt. Hinweise auf ein radikuläres Syndrom fänden sich weder klinisch noch neuroradiologisch. Was bleibe, seien die Schmerzangaben über den Iliosakralgelenken (ISG), der distalen LWS und über dem rechten Musculus piriformis. Hinweise für eine organische Pathologie der ISG bestünden weder anamnestisch noch klinisch, die ISG seien frei beweglich. Insgesamt sei bei der Untersuchung der Eindruck einer Schmerzverarbeitungsstörung entstanden, zumindest sei die Diskrepanz zwischen den subjektiven Schmerzangaben und den objektiven Befunden nicht zu übersehen gewesen. Die Sensibilitätsstörungen am rechten Bein und der rechten Hand liessen sich keinem neurologischen Muster zuordnen (S. 18 Ziff. 7). Die Diskrepanz zwischen den dürftigen objektiven Befunden und dem Ausmass des subjektiven Krankseins spreche für eine Aggravation (S. 22 Ziff. 1.4). Therapeutisch wäre nebst der Gabe von ausreichend Analgetika und/oder Antirheumatika eine konsequente medizinische Trainingstherapie angezeigt, allenfalls eine Hydrotherapie und erst bei Misserfolg eine Infiltrationsbehandlung. Voraussetzung für eine erfolgreiche medizinische Trainingstherapie sei allerdings die Verbesserung der psychischen Situation, denn mit der aktuellen Antriebsarmut lasse sich eine erfolgreiche aktive Behandlung nicht durchführen. Angesichts der geringen krankhaften Befunde sei die Prognose günstig, wobei der Umstand, dass der Versicherte eine Berufsausbildung durch die Invalidenversicherung erwarte, hinderlich sein könnte (S. 18 Ziff. 7). Zumindest nach der Durchführung einer adäquaten Behandlung sei er in der bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig (S. 19 Ziff. 8.1). Bezüglich einer leidensangepassten Verweistätigkeit sei er bis auf eine Arbeit im ...hauptgewerbe arbeitsfähig (S. 19 Ziff. 8.3).

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stellte im psychiatrischen Teilgutachten vom 10. Oktober 2017 (act. II 78.1) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine depressive Reaktion von April 2015 bis April 2017 (ICD-10 F43.21), Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit (ICD-10 Z61.5), eine leichtgradige depressive Episode seit Mai 2017 (ICD-10 F32.0), finanzielle Probleme (ICD-10 Z59), Arbeitsplatzprobleme (ICD-10 Z56), ein Verdacht auf eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0; S. 9). Die ICD-10-Kriterien betreffend eine posttraumatische Belastungsstörung würden vorliegend nicht spezifisch erfüllt. Zwar scheine ein Trauma geschehen zu sein, als der Versicherte 11-jährig gewesen sei. Es habe dann eine Latenz von ca. 25 Jahren bestanden, bis von ihm diesbezüglich Beschwerden geäussert worden seien. Gemäss der ICD-10 sei es nicht möglich, dass nach mehr als sechs Monaten eine posttraumatische Störung noch entstehen könne. Dieses Hauptkriterium der ICD-10 werde also nicht erfüllt. Es sei anzunehmen, dass der Versicherte sich angesichts der gravierenden Lebensprobleme in starkem Ausmass auf das seinerzeitige Geschehen konzentriere und dies als Agens brauche, um sein Versagen zu erklären. Tatsächlich scheine er teilweise psychisch angeschlagen zu sein. Es fänden sich aber keine eindeutigen Diagnosekriterien in Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung. So solle es seit Herbst keine Flashbacks mehr geben. Die persönlichen Schuldgefühle würden keine psychiatrische Störung darstellen. Es falle auf, dass in den Arztberichten beinahe die ganze Psychopathologie angeführt werde (S. 10). Dies zeige, dass der Versicherte psychiatrisch schwer zu erfassen sei. Es könne als gesichert gelten, dass er sich von 2012 bis Ende April 2015 in einer relativ guten psychischen Verfassung befunden habe. Die lange Phase mit funktionierenden Fähigkeiten im Beziehungs- und Arbeitsleben lasse den Schluss ziehen, dass zumindest damals keine relevante psychische Störung vorhanden gewesen sei. Durch den Verlust der Arbeitsstelle und dem Auseinandergehen der Beziehung sei er ab Ende April 2015 in eine Negativspirale geraten, indem er nicht mehr gearbeitet und Schulden angehäuft habe. Es sei in der Folge eine Anpassungsstörung und später eine depressive Reaktion entstanden. Zudem sei die Tagesgestaltung unstetig geworden und sogar eine Gefängnisstrafe wäre angestanden. Dies alles seien krankheitsfremde Faktoren, welche einen negati-

ven Einfluss auf den Versicherten hätten. Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht eindeutig nachweisen, da er die Kriterien bzw. die typische Symptomatik der ICD-10 einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bzw. einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht aufweise bzw. diese kaum vorhanden seien. Insbesondere zeige er keine narzisstischen Persönlichkeitsanteile, allenfalls sei er manchmal impulsiv und habe Mühe im Umgang mit den Vorgesetzten. Diese Problematik könne im Zusammenhang mit der Beziehung zum Vater oder dem früheren Trauma stehen. Allenfalls könnten akzentuierte Persönlichkeitszüge postuliert werden. Als möglich könne eine dissoziative Störung gelten, jedoch genüge der Umstand, dass jemand gelegentlich blockiert sei und nichts sage, nicht, um eine dissoziative Störung diagnostizieren zu können. Ähnliches könne über die angeblichen Blockierungszustände ausgesagt werden. Der Versicherte sei nur phasenweise verstimmt. Es dürfte bis April 2017 eine depressive Reaktion vorgelegen haben. Aktuell sei allenfalls seit Mai 2017 eine leichtgradige depressive Episode vorhanden. Die Schmerzproblematik stehe eher im Hintergrund, da er nicht arbeite. Er zeige kaum Symptome, welche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entsprächen. Er sei auf die Schmerzen etwas fixiert. Diese seien jedoch nicht ständig quälend. Zudem bestünden keine hypochondrische Befürchtungen. Als krankheitsfremder Faktor könne gezählt werden, dass der Versicherte auf seine Traumatherapie fixiert sei und vor Beendigung derselben nicht mehr arbeiten wolle. Er habe bei der Untersuchung am 19. September 2017 mehrmals den Wunsch geäussert, durch eine Rente abgesichert zu sein und habe sich darüber beklagt, dass in den Berichten der Klinik H. \_\_\_\_\_ eine relevante Besserung erwähnt worden sei, was seine Chance auf eine Rente reduzieren könne (S. 11-12). Zur bisherigen Therapie führte der Experte aus, der Versicherte lasse sich intensiv traumatherapeutisch-psychologisch behandeln. Aus prophylaktischen Gründen sollte er sich zusätzlich antidepressiv-medikamentös behandeln lassen. Der Versicherte sei in Bezug auf die medikamentöse Therapie nicht kooperativ. Eine adäquate Einnahme von Quetiapin sei zumutbar und zielführend (S. 18). In der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit sei er für die Zeit der Klinikaufenthalte in deutlichem Mass eingeschränkt gewesen. Sonst sei dies nie der Fall gewesen (S. 20).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 10. Oktober 2017 (act. II 78.2) kamen die Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ zum Schluss, während den Hospitalisationen hätten relevante Einschränkungen vorgelegen. Sonst sei dies nie anhaltend der Fall gewesen (S. 2).

**3.1.6** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie leitende Ärztin der Klinik H.\_\_\_\_\_, nahm mit Schreiben vom 15. November 2017 (act. II 83) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Sie führte aus, bezüglich einer posttraumatischen Belastungsstörung würden heute diverse Studien existieren, welche belegten, dass bei etwa 30% der Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ein später Beginn festgestellt werde. Typisch sei auch, dass viele traumatisierte Menschen viele verschiedene Diagnosen erhielten, bevor eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werde. Dass der Versicherte bei der psychiatrischen Begutachtung nicht dissoziiert habe, sei wenig aussagekräftig, da das Gespräch lediglich 80 Minuten gedauert habe. Während des Klinikaufenthaltes in der Klinik H.\_\_\_\_\_ seien wiederholt dissoziative Zustände festgestellt worden, in denen er sich z.B. in seine Jugend zurückgeworfen gefühlt habe, gezittert, geweint, niemanden erkannt und später eine Amnesie für diese Zeitspanne aufgewiesen habe. Mehrmals habe er sich auch in sein Zimmer zurückgezogen und sei nicht im Stande gewesen, Kontakt zum Pflorgeteam aufzunehmen. Beide Beispiele erfüllten die Kriterien für eine dissoziative Störung (S. 1). Die Belastbarkeit sei nach wie vor reduziert. Ein Belastbarkeitstraining und eine Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Berufsleben durch die Invalidenversicherung würden die Chance eines beruflichen Wiedereinstieges deutlich vergrössern. Von einem Rentenanspruch distanzieren sich der Versicherte (S. 2).

**3.1.7** Vom 28. September bis zum 14. November 2017 befand sich der Versicherte erneut stationär in der Klinik H.\_\_\_\_\_. Gemäss deren Austrittsbericht vom 20. November 2017 (act. IIA 86/47) sei der Aufenthalt wegen den täglich erlittenen Dissoziationen und Intrusionen erfolgt (S. 47). Er erinnere sich an wiederholte sexuelle Missbräuche durch einen Schullehrer. Sein Leben sei seither durch hohe Anspannung, Abbrüche und Underachievement geprägt. Er vermeide den Kontakt zu männlichen Autoritäts-

personen, mit denen es leicht zu Konflikten komme. Unter der Belastung durch Lebensereignisse seien seit 2014 Dissoziationen, intrusive Erinnerungen und Alpträume so belastend, dass ein normaler Arbeitsalltag nicht mehr möglich sei. Der Versicherte kämpfe auch mit depressiven Symptomen, Suizidgedanken und Ängsten. Die diagnostischen Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung seien klar erfüllt. Er sei in der Gestaltung seiner Beziehungen durch eine Neigung zu ärgerlichen Ausbrüchen, leichter Kränkbarkeit und Misstrauen beeinträchtigt. Diese Problematik sei durch die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ erfasst. Seit er sich an die symptomauslösenden Übergriffe wieder erinnere und sich damit auseinandersetze, hätten die dissoziativen Phänomene zugenommen. Mehrmals sei es während des stationären Aufenthaltes zu Lähmungserscheinungen der Arme, zu Stürzen und zu einem Unvermögen gekommen, sich stimmlich zu äussern. Oft habe er sich von seiner Umgebung getrennt erlebt und habe die zeitliche, örtliche und situative Orientierung verloren. Die Diagnose einer dissoziativen Störung sei hier angemessen. Insgesamt sei der Versicherte durch die Traumafolgesymptome stark belastet und schwer krank. Seine Motivation und sein Engagement, mit der er an der Besserung der Situation arbeite, sei beeindruckend (S. 49). Zum Ende des Klinikaufenthaltes habe er deutlich ruhiger und präsenter gewirkt (S. 50).

**3.1.8** In der Beurteilung vom 16. Januar 2018 (act. IIA 89) führte RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, in den anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichten bzw. Stellungnahmen der Klinik H. \_\_\_\_\_ sowie des Versicherten würden keine ausreichenden medizinischen Argumente vorgebracht, welche eine Änderung der gutachterlichen Beurteilungen begründen könnten, zumal es unter Heranziehen des Austrittsberichtes der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2017 (act. IIA 86/47) im Rahmen der stationären Behandlung zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei und eine feste Verordnung von Medikamenten, einschliesslich Quetiapin, nicht mehr erforderlich gewesen sei. Zusammenfassend könne somit auf die Ausführungen und Schlussfolgerungen der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ (act. II 72.1/2, 78.1 und 78.2) weiterhin abgestellt werden (S. 3).

**3.1.9** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 29. Juni 2018 (act. IIB 1) an die Beschwerdegegnerin aus, zwar sei die Argumentation, dass eine posttraumatische Störung höchstens sechs Monate nach dem Trauma auftreten müsse, formal juristisch korrekt, psychiatrisch-fachlich jedoch veraltet und obsolet. Sämtlichen psychotraumatologisch geschulten Fachleuten sei bewusst, dass die Klassifizierung der Trauma-Folgestörungen in der ICD-10 überholt und insbesondere das Zeitkriterium obsolet sei. Dieses Zeitkriterium falle denn auch in den ICD-11 weg. Es sei sogar typisch, dass posttraumatische Störungen erst später ausbrechen würden, im Zusammenhang mit zusätzlichem Stress wie z.B. dem Verlust eines Kindes oder einer Scheidung. Der zusätzliche Stress sei dabei nicht die Ursache, sondern nur der Auslöser der Trauma-Folgestörung. Die Aussage der Beschwerdegegnerin, dass auffälligerweise massive psychosoziale Belastungsfaktoren und emotionale Konflikte die geklagten Beschwerden begründen und unterhalten hätten, zeuge von fehlender Sachkenntnis in psychotraumatologischer Hinsicht. Dass der Versicherte bis 2015 vollständig arbeitsfähig gewesen sei, spreche überhaupt nicht gegen eine posttraumatische Störung und sei sogar sehr typisch für Störungen nach sequenziellen Traumata. Sehr viele Patienten würden auf traumatische Ereignisse vorerst mit Verdrängung, insbesondere durch Überengagement bei der Arbeit, wo sie sich wertgeschätzt fühlen würden, reagieren. Der Zusammenbruch und damit der Ausbruch der Trauma-Folgestörung komme dann, wenn entweder ein zusätzlicher Stress auftrete oder wenn die Kräfte nachlassen würden (S. 1). Bezüglich Medikamenteneinnahme sei anzumerken, dass es genügend Studien gebe, welche zeigen würden, dass Psychopharmaka im Falle von posttraumatischen Störungen leider sehr wenig helfen würden, weshalb ein zurückhaltender Einsatz durchaus gerechtfertigt sei. Zusätzlich sei festzuhalten, dass der Versicherte in den letzten Monaten wegen einer Verschlechterung des psychischen Zustandes deutlich mehr Medikamente eingenommen habe. Er werde seit Jahren ambulant und stationär von ausgewiesenen Fachleuten mit vertiefter psychotraumatologischer Ausbildung behandelt, welche alle zum selben Schluss kämen, dass eine schwere invalidisierende Störung vorliege. Die beiden psychiatrischen Gutachter hätten offenbar keine zusätzliche Ausbildung in Psychotraumatologie. Dies scheine zumindest fragwürdig (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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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). 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 Beweiswürdigung 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).

### **3.3**

**3.3.1** Die interdisziplinäre Beurteilung vom 10. Oktober 2017 (act. II 78.2) basierend auf dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2017 (act. II 72.1/2) und auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2017 (act. II 78.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen spezialärztlichen

Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztlich-psychiatrische Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist nach den Vorgaben von BGE 141 V 281 abgegeben worden (act. II 78.1 S. 13 ff.) und ist schlüssig und widerspruchsfrei. Insbesondere hat der Gutachter gestützt auf den Psychostatus (S. 8) einleuchtend dargelegt, dass im Rahmen der Begutachtung keine massgebenden psychopathologischen Befunde erhoben werden konnten (S. 15 Ziff. 1) und sich vor allem krankheitsfremde Faktoren negativ auswirken (S. 16 Ziff. 2). In diesem Zusammenhang wies der psychiatrische Experte auf die erheblichen psychosozialen Umstände im Sinne einer nach dem Verlust der Arbeitsstelle und dem Ende der Beziehung aufgetretenen Negativspirale hin, die u.a. in Schulden und einer unsteten Tagesstruktur mündeten (S. 11). Ebenfalls zu den krankheitsfremden Faktoren zählte der Experte die Fixierung auf die Traumatherapie, vor deren Beendigung der Beschwerdeführer nicht mehr arbeiten wolle, sowie den Wunsch, durch eine Rente abgesichert zu sein (S. 12). Bezug nehmend zu abweichenden vorgängigen Einschätzungen legte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ überzeugend dar, dass der Beschwerdeführer, bei welchem in den Arztberichten „beinahe die ganze Psychopathologie aufgeführt“ worden sei (rezidivierende depressive Störung, Persönlichkeitsstörung narzisstisch oder impulsiv, Panikstörung, dissoziative Störung, komplexe posttraumatische Belastungsstörung), psychiatrisch schwer zu erfassen sei (S. 10). Die Erkenntnisse der beiden Experten flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung vom 10. Oktober 2017 (act. II 78.2) ein, wonach die Arbeitsfähigkeit – abgesehen von den Zeiträumen, in denen der Beschwerdeführer stationär behandelt wurde – weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht in relevantem Ausmass eingeschränkt war bzw. ist (S. 2). Diese interdisziplinäre Einschätzung ist nach dem Ausgeführten beweiskräftig, weshalb darauf abgestellt werden kann. Im Übrigen steht die Einschätzung des Dr. med. E.\_\_\_\_\_ weitestgehend im Einklang mit derjenigen des Vorgutachters Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (Expertise vom 8. Juni 2016 [act. II 40.2]), welcher

eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ebenfalls ausgeschlossen hatte.

**3.3.2** Soweit der Beschwerdeführer bzw. die behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im nachgereichten Bericht vom 29. Juni 2018 (act. IIB 1) die gutachterliche Diagnosestellung bzw. die Verneinung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bemängeln, vermag dies den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens, namentlich des psychiatrischen Teilgutachtens, nicht in Zweifel zu ziehen:

Vorab ist bei diesem Krankheitsbild in Erinnerung zu rufen, dass bereits die Herleitung und Begründung der Diagnose besonderes Augenmerk bedürfen (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347). Die diagnostischen Darlegungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sind lege artis anhand der klassifikatorischen Vorgaben erfolgt und können vom Rechtsanwender ohne Weiteres nachvollzogen werden. Insbesondere überzeugt seine Beurteilung, dass die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung angesichts des geschilderten Traumas im 11. Lebensjahr (sexueller Missbrauch durch einen Lehrer) und der Latenz von ca. 25 Jahren bis zum Auftreten der Beschwerden nicht erfüllt sind (act. II 78.1 S. 10). Denn gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 soll eine posttraumatische Belastungsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 ff.). Am beschwerdeweise kritisierten Kriterium der Latenz hat das Bundesgericht bislang – und in expliziter Berücksichtigung der von der ICD-10 teilweise abweichenden Fachliteratur mit einer weniger einschränkenden Formulierung der zeitlichen Latenz mit Beachtung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf – grundsätzlich festgehalten (vgl. u.a. SVR 2014 IV Nr. 1 S. 2 E. 4.1.2). Soll ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden, bedarf dies einer besonderen Begründung (BGE 142 V 342 E. 5.2.2. S. 347). Eine Ausnahme von dieser Latenz von höchstens sechs Monaten hat das Bundesgericht namentlich dann in Betracht gezogen, sofern die klinischen Merkmale ty-

pisch seien und keine andere Diagnose gestellt werden könne (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 17. August 2007, 8C\_103/2007 E. 3.3). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte diesbezüglich überzeugend und nachvollziehbar aus, dass keine eindeutigen Diagnosekriterien in Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung zu finden seien (S. 10), womit hier keine Ausnahme im dargelegten Sinne vorliegt. Überdies ist der Fall von SVR 2014 IV Nr. 1 weitgehend vergleichbar mit der hier zu beurteilenden Situation, vergingen doch hier wie dort bis zum Auftreten der Beschwerden über 20 Jahre (vgl. u.a. S. 5 ff.), während welchen der Beschwerdeführer die meiste Zeit (jedenfalls seit der Einreise in die Schweiz am 1. Januar 2009 [act. II 1/7]) einer Erwerbstätigkeit nachging (act. II 12) – dies jedenfalls bei der ... recht erfolgreich, konnte er sich doch vom nebenberuflichen ...-mitarbeiter zum Schichtleiter und schliesslich zum Gruppenchef hocharbeiten (vgl. act. IIA 87/7) – und auch über Jahre stabile Beziehungen führte und sich verlobte (act. II 78.1 S. 11). Auch der Einwand, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ verfüge über keine zusätzliche Ausbildung in Psychotraumatologie, ändert nichts am Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens. Zum einen statuiert die bundesgerichtliche Rechtsprechung in Bezug auf die Gutachtertätigkeit – abgesehen vom Erfordernis eines Facharzttitels – keine Notwendigkeit von (zusätzlichen) Spezialisierungen. Zum anderen sind in den Vorakten die Schilderungen des Beschwerdeführers betreffend den erlittenen sexuellen Missbrauch hinreichend dokumentiert und es deutet nichts darauf hin, dass der psychiatrische Experte die Relevanz dieser Erlebnisse nicht ausreichend hätte erfassen bzw. einordnen können.

Was die nach Erstellung des psychiatrischen Teilgutachtens datierenden Berichte von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (act. II 83) und der Klinik H. \_\_\_\_\_ (IIA 86/47) betrifft, enthalten die Berichte nichts, was im Gutachten ungewürdigt oder unerkant geblieben wäre (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 Ziff. 2.2.1). In diesem Sinne hat auch der RAD-Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (act. IIA 89) ausgeführt, dass damit keine ausreichenden medizinischen Argumente vorgebracht würden, welche eine Änderung der Schlussfolgerungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bedingten. Schliesslich ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Parteien aussagen (BGE 125 V 351 E.

3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3), was auch für den behandelnden Spezialarzt gilt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.3.3** Weil Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte und eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar verneinte sowie gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert zugemessen werden kann, ist die Durchführung eines strukturieren Beweisverfahrens entbehrlich (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

In somatischer Hinsicht bestehen keine vom rheumatologischen Gutachten abweichenden fachärztlichen Einschätzungen und auch der Beschwerdeführer machte weder einwandweise noch im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens geltend, somatischerseits sei er erheblich eingeschränkt.

Weitere medizinische Abklärungen sind folglich nicht angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.4** Aufgrund des Dargelegten ergibt sich, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Daher besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Somit ist die angefochtene Verfügung vom 8. März 2018 (act. IIA 91) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Weil die gestellten Rechtsbegehren nicht als aussichtslos zu betrachten sind und die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers durch die Akten erstellt ist (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1 ff.), sind die Voraussetzungen

für die Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege vorliegend erfüllt; das Gesuch ist gutzuheissen.

**4.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 Abs. 1 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird dem Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

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.