

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2013 433 vom 5. Januar 2015**

BE Verwaltungsgericht, 2015-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2013\\_433](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2013_433)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2013 433 du 5 janvier 2015

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2013 433 del 5 gennaio 2015

## **Regeste**

Verfügung vom 23. April 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. April 2013 (act. II 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 7

### **E. 2.1.1**

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). 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). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten demnach Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

### **E. 2.1.2**

In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 8 vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, 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; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr.

### **E. 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 2.3.1**

Tritt die Verwaltung auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch

ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbe- gründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Be- schwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Ge- richt (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

### **E. 2.3.2**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 9 erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszu- standes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

### **E. 2.3.3**

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Leis- tungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlag- gebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invali- ditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

### **E. 2.3.4**

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invali- ditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu- anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten mate- riellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **E. 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 be- urteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99). 3. 3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gekommen ist, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 10 vor. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 24. April 2008 (act. II 38), mit der ein Leistungs- bzw. Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 15% rechtskräftig verneint wurde, und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 23. April 2013

(vgl. E. 2.3.4 vorne). 3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 24. April 2008 stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht AMA (act. II 29), welchem seinerseits zwei RAD-Untersuchungsberichte von med. pract. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 24), sowie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (act. II 25) zugrunde lagen. 3.2.1 Med. pract. K. \_\_\_\_\_ hielt im Untersuchungsbericht vom 25. Oktober 2007 (act. II 24) in diagnostischer Hinsicht fest, es beständen weder Hinweise auf eine neurologische noch auf eine psychiatrische Erkrankung (S. 4). In der Beurteilung führte sie aus, der Beschwerdeführer klage über chronische Becken- und Hüftbeschwerden seit einer Kontusion im August 2002. Er gebe als Beschwerden Beckenschmerzen, Brennen in den Füßen, gelegentlich Miktionsbeschwerden sowie Erbrechen an. Eine konservative Schmerztherapie und Physiotherapie werde nicht durchgeführt. Vor dem Migrationshintergrund ergäben sich Unterschiede in den Erwartungen und Einstellungen der Schmerzbehandlung. Hinweise für eine psychische Störung von Krankheitswert bzw. für eine posttraumatische Belastungsstörung hinsichtlich des Unfalls fänden sich während der gezielten Exploration nicht, ebenso wenig Hinweise für eine Autismus-Spektrum-Störung. Die neurologische Untersuchung habe keine Befunde von Krankheitswert gezeigt. Auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet lägen keine Störungen von versicherungsmedizinischer Relevanz vor. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfülle die Försterkriterien nicht (S. 4). 3.2.2 Im Untersuchungsbericht vom 26. Oktober 2007 (act. II 25) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, es gebe keine Hinweise auf eine IV-relevante somatische Erkrankung (S. 2). Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen in der Hüft-/Gesässregion links sowie über ein Einschlafgefühl im Bereich der Lendenwirbelsäule, beider Gesässregionen, beider Beine (beidseits am ganzen Bein) sowie in den Armen. Die Angaben des Beschwerdeführers

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 11 bezögen sich hauptsächlich auf seine Ansicht, dass ihm ein Arbeiten wegen der Schmerzen schlecht möglich sei (S. 1). In der Beurteilung hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, es fänden sich Hinweise auf eine zweckgerichtete Darstellung des Beschwerdebildes. Zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiv (unauffälligen) Befunden bestehe eine erhebliche Diskrepanz, zum Teil auch zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und dem Verhalten (wechselhaft ausgeprägtes Hinken). Zudem bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben und der praktischen Nichtinanspruchnahme von Therapie. Die Beschwerdeschilderung sei vage, die angegebenen Schmerzen und die angegebene Sensibilitätsstörung seien somatisch-medizinisch nicht nachvollziehbar. Es liege also eine undifferenzierte, klinisch nicht plausible Symptombeschreibung vor. Die behauptete funktionelle Einschränkung sogar bei nur leichter Arbeitstätigkeit erscheine klinisch nicht plausibel (S. 2). 3.2.3 In der Schlussbeurteilung des Abklärungsberichts AMA vom 8. November 2007 (act. II 29) wurde im Wesentlichen festgehalten, die während der AMA festgestellte Leistungsminderung sei nicht durch funktionelle Einschränkungen aufgrund eines nachgewiesenen Gesundheitsschadens erklärbar. Hauptsächlicher Kausalfaktor sei das dysfunktionale Verhalten ohne Krankheitswert mit mangelnder Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung (Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit), wobei im Krankheitsverlauf auch der Verdacht auf ein Rentenbegehren aufgekommen sei. Die berufliche Eingliederbarkeit in den freien Arbeitsmarkt erscheine angesichts der fehlenden Motivation, der Selbstlimitierung, des inadäquaten Arbeitsverhaltens und der mangelnden

Ressourcen nicht möglich (S. 7 f.). 3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 24. April 2008 und der hier angefochtenen Verfügung vom 23. April 2013 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.3.1 Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Bericht vom 4. September 2009 (act. II 59 S. 27 f.) fest, aus seiner Sicht spiele betreffend Schmerzgenese weder eine prätraumatische Läsion noch ein struktureller

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 12 Schaden an der Hüfte eine Rolle. Vielmehr hätten das Trauma und der akute Schmerz eine chronifizierte Schmerzkrankheit ausgelöst, was sowohl auf einer Sensibilisierung des peripheren und zentralen Nervensystems als auch auf einer schlechten Kompensation und Schmerzhemmung in der akuten Situation des Traumas beruhe. 3.3.2 Mit Bericht vom 14. März 2010 (act. II 59 S. 22 ff.) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (J.\_\_\_\_\_), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei chronischen Rücken- und Beckenschmerzen links, posttraumatisch mit klinischen und radiologischen Hinweisen für ein Cam-Pincer-Impingement links sowie no- zizeptiver Dysregulation und funktioneller gastroenterologischer Beschwerden. 3.3.3 Im Bericht der Klinik N.\_\_\_\_\_ vom 22. November 2010 (act. II 49 S. 7 ff.) wurden im Wesentlichen eine chronische Lumboischialgie links- betont, ein chronischer Hüft-/Gesässschmerz links, ein Verdacht auf inter- mittierenden Spannungskopfschmerz links, eine schwierige psychosoziale Situation, anhaltende Arbeitslosigkeit, ein Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode sowie eine erhebliche vegetative Dysregulation im Rahmen der chronischen Schmerzkrankung diagnostiziert. In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die untersuchenden Ärzte fest, klinisch präsentiere sich der Beschwerdeführer mit einer chronischen Schmerzkrankung mit Beeinflussung sämtlicher Faktoren im Bezug auf das biopsychosoziale Erklärungsmodell. Im Detail liege eine chronische Lumboischialgie vor mit erheblicher Dekonditionierung, sowohl der stabilisierenden Rumpfmuskulatur als auch einem Gesäss-/Hüftschmerz links mit Dekonditionierung im Bereich der linken Hüftflexoren und -extensoren mit einer überwiegend myofaszialen Schmerzkomponente. In diesem Bereich zeigten sich auch erhebliche muskuläre Verkürzungen. Für die Schmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels könnten keine pathologischen, klinischen Korrelate gefunden werden. Die neurologischen Auffälligkeiten liessen sich keinem eindeutigen Befund zuordnen. Diesbezüglich scheine eine Radikulopathie sehr unwahrscheinlich. Komprimierend wirkten – neben

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 13 fehlenden Eigenstrategien und mangelndem Verständnis im Zusammenhang mit der Schmerzursache und -bewältigung – sicherlich auch die familiären Verhältnisse mit der Ehefrau im ... sowie die anhaltende Arbeitslosigkeit. Weiter sei klinisch sowie nach Auswertung der Schmerzfragebögen aufgrund dieser Schmerzkrankung eine erhebliche Angststörung sowie das Vorliegen einer Depression zu vermuten. Zudem sei auch schon in Vorbefunden beschrieben worden, dass eine massive Erwartungshaltung in Bezug auf eine „sichtbare“ Pathologie bestehe, was versicherungstechnische Probleme nach sich gezogen habe (S. 7). 3.3.4 Im Bericht des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 (act. II 49 S. 2 ff.) wurde festgehalten, nach wie vor dominiere ein überwiegend myofaszielles Schmerzbild ohne Hinweise für eine Radikulopathie bei massiver, muskulärer Dekonditionierung.

Weiter persistiere neben der schlechten Stimmungslage auch die vegetative Dysregulation. Zwar zeige der Beschwerdeführer im Gegensatz zu den letzten Kontakten durchaus den Willen, sich in Bewegung zu bringen. Allein diese Bemühungen scheiterten am fehlenden Verständnis für ein mögliches Pacing und Mobilisieren unterhalb der Schmerzschwelle. Insofern bestehe auch nach wie vor eine nahezu vollständige Belastungsintoleranz. Kompromittierend seien einerseits seine schlechten Deutschkenntnisse sowie auch die soziale und familiäre Situation (S. 3). Im Verlauf der Betreuung des Beschwerdeführers entstehe der Eindruck, dass nicht zuletzt die erfreulicherweise intakte Familie, die ihn stütze, durchaus hemmend sein könnte im Bezug auf einen Fortschritt seiner somatischen Situation. Da doch offensichtlich werde, dass eine Umsetzung einer psychologischen Unterstützung, physiotherapeutischen Anbindung mit Belastungssteigerung auf tiefstem Niveau sowie einer Förderung des Verständnisses für Pacing, Angst und Vermeidung etc. schwierig sei, sei ein stationärer Aufenthalt in einer schmerzorientierten Rehabilitationsinstitution zu empfehlen (S. 3). 3.3.5 Mit Bericht vom 21. August 2011 (act. II 59 S. 5 ff.) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (Therapiezentrum J.\_\_\_\_\_) einen anhaltend depressiven Zustand, aktuell mittelgradige depressive Episode, sowie ein chronifiziertes komplexes Schmerzsyndrom (ICD-10 F32.10 und R25.1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 14 Weiter hielt er fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 9. November 2005 in der ambulanten fachärztlichen Behandlung am Therapiezentrum J.\_\_\_\_\_. Man habe festgestellt, dass er vollständig in seiner Krankheitsrolle eingeengt gewesen sei und sich von den meisten Ärzten nicht richtig verstanden und ernst genommen gefühlt habe. Die verordneten Medikamente habe er unregelmässig eingenommen, weil er an Magenproblemen leide. Die Aufklärungsversuche über die Wichtigkeit der psychologischen Faktoren im Heilungs- / Chronifizierungsprozess stiessen immer wieder auf grossen Widerstand und Abwehr des Beschwerdeführers. Dies habe sich in den letzten Monaten mit intermittierenden Wutausbrüchen sowie Unzufriedenheit und Leidensdruck geäussert. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass die Ärzte seine Gesundheit irreversibel ruiniert hätten und deswegen endlich jemand die Verantwortung übernehmen solle. Die Bein-, Hüft- und Rückenschmerzen führten zu einer direkten Beeinflussung der Stimmungslage (S. 5). Trotz intensiven psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Massnahmen sei es eher zu einer weiteren Verschlechterung der psychischen Verfassung mit einer Zunahme der depressiven Symptome mit gereizten und agitierten Anteilen gekommen. Aufgrund vollständiger Identifikation mit der Krankheitsrolle gelinge es schwer, den Beschwerdeführer für den Einstieg in einen veränderungsorientierten Prozess zu motivieren. Des Weiteren beklage er Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen mit einer persistierenden innerlichen Unruhe, Verzweiflungsgefühle, Gefühls-, Freud- und Zukunftslosigkeit mit wechselnden selbst- und fremdaggressiven Impulsen sowie einer dauernden Überzeugung, dass ihn niemand verstehe und ihm niemand helfen wolle (S. 6). 3.3.6 Vom 15. bis 28. September 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik F.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 6. Oktober 2011 (act. II 59 S. 1 ff.) wurde im Wesentlichen eine chronische Lumboischialgie linksbetont, ein chronischer Hüft-/Gesässschmerz links, erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, ein intermittierend depressives Zustandsbild sowie eine erhebliche vegetative Dysregulation im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert (S. 1).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 5. Jan. 2015, IV/13/433, Seite 15  
Während des stationären Aufenthaltes habe keines der gesteckten Ziele erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe zum Teil schmerzbedingt nicht an allen Therapien teilgenommen. Die Bedarfsanalgesie sei vorübergehend ausgebaut worden. Dennoch sei der Schmerz im zentralen Fokus des Beschwerdeführers geblieben und habe die Einhaltung einer gewissen Struktur verhindert. Mehrmalige intensive Gespräche mit Versuchen der Mobilisierung trotz der Schmerzen und Erarbeitung einer gewissen Eigeninitiative seien ohne zählbaren Erfolg geblieben (S. 2). 3.3.7 Die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ stellten in ihren Gutachten vom 29. März 2012 (act. II 67.1; 68.1) interdisziplinär folgende Diagnosen (act. II 67.1 S. 8): - mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

**E. 7**

S. 30 E. 4.2.2).

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