

# **BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 833 vom 30. März 2017**

BE Verwaltungsgericht, 2017-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_verwaltungsgericht\\_200\\_2016\\_833](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2016_833)

FR: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 833 du 30 mars 2017

IT: BE\_VERWALTUNGSGERICHT 200 2016 833 del 30 marzo 2017

## **Regeste**

20170119\_141132\_ANOM.docx

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

### **E. 1.2**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

### **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). 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person

bei Aufbietung

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 5 allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, ab- wenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prü- fen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2). Aus- gangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann an- spruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Ren- te, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe- reich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 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 min- destens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invali- ditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 ha- ben. 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 6 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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschrei- ben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachver- ständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitsli- chen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich be- gründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Per- son noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). 3. 3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Fol- gende zu entnehmen: 3.1.1 Infolge der Hospitalisation auf der psychosomatischen Abteilung des

Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar bis 4. Februar 2012 stellte Dr. med F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 22. Februar 2012 (act. II 18) hauptsächlich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1), paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00), mittelschwere obstruktive Schlafapnoe (ICD-10 G47.31), Verdacht auf Prostatahyperplasie (ICD-10 N40), Schallempfindungsstörung rechts sowie Migräne (S. 2 - 3). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit ab dem 6. Februar 2012 im Umfang von 50 % könne gerechnet werden (S. 8).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 7  
3.1.2 In der interdisziplinären Begutachtung vom Sommer 2012 wurde festgehalten: Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Juli 2012 (act. II 30.1) diagnostizierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) sowie akzentuierte (narzisstische, zwanghafte, paranoide) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde keine Diagnose gestellt (S. 11). Aus rein psychiatrischer Sicht sei in der aktuellen wie auch in einer alternativen Tätigkeit seit der Schulteroperation im März 2011 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen (S. 16). Dr. med. D. \_\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer am 25. Juni 2012 rheumatologisch untersuchte, diagnostizierte im Gutachten vom 2. August 2012 (act. II 31.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Somatisch leide der Beschwerdeführer unter einer Periarthropathia humeroscapularis chronica tendinotica links (ICD-10 M75.0), die seit einem Unfall im September 2010 symptomatisch sei. Weiter stellte er Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Bei einer an das Schulterleiden adaptierten Tätigkeit bestehe in einem Pensum von 8.5 Stunden täglich keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. S. 23 bzw. 26). In der interdisziplinären Beurteilung vom 31. Juli 2012 (act. II 32) erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer in einer an die linke Schulter adaptierten Tätigkeit seit März 2011 während 6.6 Stunden täglich ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig.  
3.1.3 Im Arztbericht der psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2013 (act. II 45), der im Zusammenhang mit einer teilstationären Behandlung im Zentrum H. \_\_\_\_\_ erstellt wurde, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33; seit ca. 15 Jahren), gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3; seit ca. 2 Jahren). Weiter wurden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 8 gestellt (S. 1). Vom 8. Januar 2013 bis am 11. März 2013 habe eine 100%ige medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... bestanden (S. 3). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit ab dem 11. März 2013 im Umfang von 20 bis 30 % könne gerechnet werden (S. 4).  
3.1.4 Aufgrund der Widersprüche zwischen den Beurteilungen des Zentrums H. \_\_\_\_\_ Bern-West und der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ wurde auf

Anraten des RAD (act. II 47) am 2. Juli 2013 eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung durchgeführt (act. II 51.1). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in diesem Gutachten fest, dass es im Vergleich zu den Befunden der ersten psychiatrischen Beurteilung vom Juli 2012 zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen sei (S. 17; vgl. E. 3.1.2 hier- vor). Er bestätigte die Diagnose einer leichten depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0; S. 13; vgl. act. II 30.1 S. 11). Die im Juli 2012 in Betracht gezogene Differentialdiagnose einer paranoiden Schizophrenie (vgl. act. II 30.1 S. 11) lasse sich hingegen aufgrund der aktuellen Begebenheiten nicht weiter bestätigen (act. II 51.1 S. 16). Seit der letzten Beurteilung könne sowohl in der ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit unverändert von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (S. 17). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt überdies fest, die anamnestisch gemachten Angaben des Beschwerdeführers seien oft inkonsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen, weshalb bei der Beurteilung des Schweregrads der Depression vorwiegend auf die erhobenen Befunde abgestützt werden müsse und insgesamt von einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz auszugehen sei (S. 14 - 15). Weiter nahm er unter anderem zum Arztbericht der psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ (act. II 45) Stellung und befand, dass sich die darin diagnostizierte schwere depressive Episode auf den Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Tagesklinik beziehe. Die retrospektive Beurteilung des Schweregrades der Depression durch die psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ stütze sich lediglich auf die geklagten Beschwerden, eine Beschwerdevalidierung sei hingegen nicht durchgeführt worden. Auch die Aussage, dass seit zwei Jahren psychotische Symptome vorgelegen haben sollen, müsse aufgrund

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 9 der aktuellen Untersuchungsbefunde relativiert werden, da es sich dabei nicht um typische psychotische Phänomene handle (act. II 51.1 S. 18). 3.1.5 Am 14. März 2014 wurde der Beschwerdeführer aufgrund ähnlicher Symptomatik wie 2011 auf der linken Seite an der rechten Schulter operiert. Die Operationsdiagnose lautete Impingement-Syndrom Schulter rechts, dominant, mit Partialruptur der Supraspinatussehnenaußenfläche (act. II 59 S. 8). 3.1.6 Im Bericht vom 1. November 2014 (act. II 70) diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3) und ging von einer wahrscheinlich höchstens 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (S. 1). Er hielt zudem fest, die depressive Störung blockiere praktisch alle Aktivitäten und setze auch die kognitive Leistungsfähigkeit herab (S. 3). Der Beschwerdeführer könne tagelang nicht Rasieren, Zähneputzen, sich Ankleiden und schäme sich dieses Zustandes (S. 2). 3.1.7 Die Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ führten im Jahre 2015 erneut eine rheumatologisch-psychiatrische Beurteilung durch (act. II 93, 94, 95). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten vom 15. Dezember 2015 (act. II 93.1) eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0). Zudem wurden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 15). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte aus, es lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht nach wie vor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in medizinisch-theoretischer Hinsicht sowohl in der zuletzt ausgeübten (die Stelle beim K. \_\_\_\_\_ wurde auf Ende Februar 2014 gekündigt [vgl. act. II 62 S. 1]) wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20 % ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit begründen (act. II 93.1 S. 20).

Der Beschwerdeführer gehe zwar davon aus, dass er wegen seiner Beschwerden zu keiner Tätigkeit mehr fähig sei, gestützt auf die aktuelle Untersuchung lasse sich aus psychiatrischer Sicht indes eine derart hohe

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 10 Arbeitsunfähigkeit nicht objektivieren und auch nicht begründen. Es müsse somit von einer subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ausgegangen werden (S. 21). Wie bei der Begutachtung im Jahre 2013, stellte er auch in diesem Gutachten wiederum fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich seien und dass nach wie vor und seit 2013 unverändert von einer bewusstseinsnahen Aggravationstendenz des Exploranden auszugehen sei (S. 17 bzw. 18; vgl. act. II 51.1 S. 15). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ging auch auf abweichende Beurteilungen ein, insbesondere auf den Abschlussbericht AMM EAF des regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) vom 21. April 2015 (act. II 87) und die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2014 (act. II 70) und 30. Oktober 2014 (act. II 71 S. 3). Betreffend Abschlussbericht hielt er fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich eine Instabilität des psychischen Krankheitsbildes nicht bestätigen, denn seit der Begutachtung vom Juli 2013 sei es zu keinen wesentlichen Veränderungen der psychopathologischen Befunde gekommen, die subjektiv geklagten Beschwerden hätten sich sogar etwas verbessert. Die im Bericht des RAV beschriebenen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers mit kognitiv anstrengenden Arbeiten seien überdies nicht nachvollziehbar. Auch die im Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ beschriebene Dominanz von depressiven und psychotischen Symptomen sowie ein hoher Angstpegel liessen sich aufgrund der aktuellen Untersuchung in diesem Sinne nicht bestätigen (act. II 93.1 S. 19). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 21. Dezember 2015 (act. II 94.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige Periarthropathia humeroscapularis chronica tendinotica (ICD-10 M75.5; S. 16). Weiter stellte er diverse Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Für eine somatisch nicht erklärbare Schmerzstörung habe er keine Anhaltspunkte gefunden. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe er in seinem Gutachten vom 2. August 2012 (act. II 31.1) von der vom E. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnose übernommen. Wie jedoch auch durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 31. Juli 2012 festgehalten (act. II 30.1

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 11 S. 16), habe der Beschwerdeführer nicht den Eindruck hinterlassen, unter schweren und quälenden Schmerzen zu leiden, weswegen bereits damals keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätte diagnostiziert werden können (act. II 94.1 S. 19). Bezüglich der verbleibenden Funktionen und Belastbarkeit führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, es bestehe weiterhin eine verminderte Belastbarkeit der linken Schulter: Arbeiten mit gestrecktem linken Arm und Arbeiten mit repetitiver Rotation im linken Schultergelenk sowie Arbeiten mit schockartiger Kraftanwendung oder Vibrationseinwirkungen auf die linke Schulter seien nicht mehr zumutbar. Genaue Angaben über die maximal zu hebenden Gewichte könnten jedoch keine gemacht werden. Seit spätestens Februar 2014 sei der Beschwerdeführer auch mit der rechten Schulter in ähnlichem Ausmass beeinträchtigt, wobei adaptierte leichte nicht monoton repetitive handwerkliche Arbeiten, ohne Heben über Schulterhöhe ausgeübt werden könnten (S. 24). Eine solche angepasste Tätigkeit während 8.5 Stunden pro Tag sei seit jeher zumutbar, mit Ausnahme der Zeit während und nach den

Operationen (vom 15. März bis zum 15. Juni 2011 und vom Februar 2014 bis zum 14. Juni 2014; S. 25 - 26). Anlässlich der interdisziplinären Beurteilung vom 15. Dezember 2015 (act. II 95) kamen die Gutachter zum Schluss, in einer adaptierten Tätigkeit lasse sich beim Beschwerdeführer – gemäss dem soeben dargestellten Belastbarkeitsprofil – aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % begründen. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. 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).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 12  
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). 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. Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102) massgeblich auf das interdisziplinäre Verlaufsgutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_, bestehend aus einem psychiatrischen und einem rheumatologischen Gutachten vom 15. bzw. 21. Dezember 2015 (act. II 93.1, 94.1), sowie deren Beurteilungen aus den Jahren 2012 und 2013 (act. II 30.1, 31.1, 51.1) gestützt. Diese Expertisen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Aufgrund der erhobenen Befunde und Anamnesen führten die

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 13  
Gutachter überzeugend aus, dass somatisch beidseitig eine Periathropathia humeroscapularis chronica tendinotica (ICD-10 M75.5) und psychiatrisch eine

rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) vorliegen. 3.3.1 Es wurde überzeugend dargelegt und vom Beschwerdeführer auch nicht (substantiiert) bestritten (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. III/1.1 sowie S. 7 - 10 Ziff. II/2), dass in somatischer Hinsicht offensichtlich keine wesentliche Einschränkung besteht. Gemäss Gutachten ist dem Beschwerdeführer eine adaptierte leichte Tätigkeit ohne Heben über Schulterhöhe vollschichtig und ohne Leistungseinschränkung zumutbar (vgl. act. II 94.1 S. 24 bzw. 25). 3.3.2 Im Vordergrund steht somit das psychiatrische Leiden. Der Kritik des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin stelle einseitig bzw. überwiegend auf das interdisziplinäre Verlaufsgutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 93 - 95) ab, bei welchem es sich vorwiegend um ein Aktengutachten handle, das anderen Berichten, insbesondere dem Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2016 (act. II 103 S. 19 - 20) und dem Abschlussbericht AMM EAF des RAV (act. II 87) widerspreche, kann nicht gefolgt werden (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1 und 2.2). Zunächst ist festzuhalten, dass die Schlussfolgerung des Abschlussberichts des RAV, wonach der Beschwerdeführer aufgrund seines instabilen psychischen Zustandsbildes auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei (act. II 87 S. 3), für die Invalidenversicherung nicht massgeblich ist. Zum einen ist nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, massgebend ist allein, ob er die ihm zumutbare Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Zu berücksichtigen ist mithin der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; vgl. SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4). Zum anderen obliegt die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit in erster Linie den medizinischen Fachpersonen. Die Ergebnisse der beruflichen Abklärung wurden denn auch in das psychiatrische Gutachten einbezogen und gewürdigt, womit diese keine

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 14 erheblichen Zweifel an den Expertisen zu begründen vermögen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2009, 8C\_191/2009, E. 3.2; act. II 93.1 S. 19 sowie E. 3.1.7 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1) handelt es sich bei den erstellten drei psychiatrischen Expertisen auch nicht um Aktengutachten, sondern – wie oben bereits dargelegt (vgl. E. 3.3 hiervor) – um umfassende Gutachten, die sowohl in Kenntnis der Vorakten als auch gestützt auf ausführliche Untersuchungen erstellt wurden. In den Beurteilungen wurde jeweils auch Stellung zu den divergierenden Berichten genommen (vgl. act. II 30.1 S. 17 - 18, 51.1 S. 17 - 19, 93.1 S. 19 - 21) und auf nachvollziehbare und überzeugende Weise dargelegt, inwieweit und weshalb die Expertisen davon abweichen. Im Übrigen wurden alle drei Gutachten vom RAD kritisch überprüft und für schlüssig und überzeugend befunden (vgl. act. II 43, 53, 101). Auch der Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2016 (act. II 99 S. 5 - 6), in dem eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen geltend gemacht wird, ändert nichts an der gutachterlichen Einschätzung. Wie der RAD zu Recht ausführt, stützt sich Dr. med. I. \_\_\_\_\_ – wie bereits im Bericht vom

## **E. 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

## **E. 11**

Dezember 2012 (act. II 39) – vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden, wohingegen die gutachterlichen Beurteilungen durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ anhand von objektivierbaren Befunden und unter kritischer Würdigung der festzustellenden Aggravation, der Inkonsistenzen und der Widersprüche erfolgte (vgl. hierzu die RAD-Stellungnahme vom 20. Juli 2016 [act. II 101 S. 2]). So weist Dr. med. C.\_\_\_\_\_ beispielsweise darauf hin, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, nicht mehr in der Lage zu sein, mit anderen Menschen zu kommunizieren; während der Untersuchung habe er jedoch spontan und viel gesprochen, zeitweise habe er den Schein erweckt, es sogar zu geniessen, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen (act. II 51.1 S. 14 und 19). Weiter führte er im jüngsten Gutachten beispielhaft auf, der Beschwerdeführer habe erwähnt, dass er sich gar nicht mehr freuen könne; im Verlauf der Untersuchung habe dieser dann aber strahlend berichtet, dass er an seinen Grosskindern grosse Freude habe, nur um kurz darauf zu schildern, dass er an ihnen gar keine Freude habe, weil er mit ihnen nichts unternehmen könne (vgl. act. II 93.1 S. 17).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 15  
Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in seiner ersten Beurteilung vom 11. Dezember 2012 (act. II 39) ebenfalls nur von einer leichten depressiven Störung ausging (die Diagnose wurde mit ICD-10 F33.0 kodiert) und erst im – anlässlich der Beschwerdeerhebung vom Oktober 2014 (vgl. act. II 71) erstellten – Bericht vom 1. November 2014 eine rezidivierende schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3) diagnostizierte (act. II 70 S. 1). Die darin erwähnte Dominanz von depressiven und psychotischen Symptomen konnte der Gutachter jedoch nicht bestätigen. Auch der vom behandelnden Psychiater als hoch eingestufte Angstpegel konnte aufgrund der gutachterlichen Befunde der Untersuchung vom 23. Oktober 2015 nicht in diesem Schweregrad bestätigt werden (act. II 93.1 S. 19). Auffällig ist zudem, dass sich die depressiven Beschwerden gemäss den subjektiv gemachten Angaben des Beschwerdeführers im Vergleich mit dem Jahr 2013 verbessert zu haben scheinen, was Dr. med. C.\_\_\_\_\_ denn auch so festhält (vgl. z.B. act. II 51.1 S. 6 - 7 mit act. II 93.1 S. 20 - 21; act. II 93.1 S. 16 - 17). Insofern ist nicht nachvollziehbar und es wurde ungenügend begründet, weshalb Dr. med. I.\_\_\_\_\_ entgegen dieser Tendenz in seinen jüngeren Berichten nicht mehr von einer leichten, sondern von einer schweren depressiven Störung ausgeht (vgl. act. II 39, 70, 103 S. 19 - 20). In diesem Kontext sei noch erwähnt, dass es nach bundesgerichtlicher Praxis einer Erfahrungstatsache entspricht, dass behandelnde Ärzte, ebenso wie Hausärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Dauer der Untersuchung (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III/2.1) den Aussagegehalt des medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht zu vermindern vermag, soweit es inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2016, 8C\_756/2016, E. 3.3.2), was nach dem Ausgeführten vorliegend gegeben ist. Nach dem Dargelegten erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als hinreichend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Erhebungen sind keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, zumal bereits drei

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 16  
psychiatrische Untersuchungen durchgeführt wurden, die allesamt zu den gleichen

Befunden geführt haben. Soweit der Beschwerdeführer sinn- gemäss eine Rückweisung zu weiterer medizinischer Abklärung beantragt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/2), kann hierauf in antizipierter Beweiswürdi- gung verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Demnach wurde für die Beurteilung der psychischen Beschwerden zu Recht auf die Gutachten des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2012, 22. Juli 2013 und

#### **E. 15**

Juni 2011 ist ohnehin nicht zu berücksichtigen, da sie vor der IV- Anmeldung lag) zu keinem befristeten Rentenanspruch führt, da das War- tejahr (vgl. E. 2.3 hiervor), welches erneut zu bestehen war (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Februar 2016, 9C\_942/2015, E. 3.3.3), nicht erfüllt ist.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. März 2017, IV/16/833, Seite 21 4.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juli 2016 (act. II 102) einen Rentenanspruch zu Recht verneint und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdefüh- rer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen. 5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehr- schluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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