

200 16 318 IV  
MAW/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Juli 2016**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Februar 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1982 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde aufgrund einer seit März 2011 unfallbedingt bestehenden Arbeitsunfähigkeit am 8. Dezember 2011 durch die Arbeitgeberin bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach Aufforderung der IVB meldete sich der Versicherte am 28. Dezember 2011 unter Hinweis auf Schmerzen am linken Knie nach vier Operationen selber zum Leistungsbezug an (AB 6). In der Folge holte die IVB die unfallversicherungsrechtlichen Akten der AXA Winterthur ein (AB 17), nahm weitere Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor (AB 12, 16, 20 f., 26) und verneinte alsdann – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 28, 31 S. 1, 37 S. 2 f.) – mit Verfügung vom 11. Oktober 2012 (AB 39) den Anspruch auf Leistungen der IV. Auf Beschwerde hin hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern diese Verfügung mit Urteil vom 13. Mai 2013, VGE IV/2012/1020 (AB 63), auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die Verwaltung zurück.

### **B.**

Die IVB holte weitere Arztberichte sowie ein orthopädisches Gutachten im Spital C.\_\_\_\_\_ (AB 87.1) ein. Nachdem weitere (auch psychiatrische) Arztberichte sowie Stellungnahmen von beratenden Ärzten des Unfallversicherers eingegangen waren (AB 94, 98, 103.2), liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 105) durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Orthopädisch-psychiatrisches Gutachten vom 22. Oktober 2015 [AB 119.1], inklusive psychiatrischem Teilgutachten vom 5. Oktober 2015 [AB 118.1]). Mit Vorbescheid vom 25. November 2015 (AB 121) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte mit

Einwand vom 4. bzw. 14. Dezember 2015 (AB 123, 127) nicht einverstanden und liess weitere medizinische Unterlagen einreichen (AB 125, 130 f.), woraufhin die IVB beim RAD eine erneute Stellungnahme einholte (AB 135). Am 15. Februar 2016 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung, dem Versicherten sei die bisherige oder eine andere Tätigkeit weiterhin ganztags ohne Leistungseinschränkung möglich. Es bestehe keine Invalidität (AB 137).

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 16. März 2016 Beschwerde. Er lässt beantragen, die Verfügung vom 15. Februar 2016 sei aufzuheben und es seien berufliche Eingliederungsmassnahmen und/oder eine Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zu zusätzlichen Abklärungen zurückzuweisen. Gleichzeitig wurde ein neuer Arztbericht der Hausärztin (Beschwerdebeilage [BB] 5) eingereicht und das Einholen eines Berichts des behandelnden Psychiaters beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**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 über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Februar 2016 (AB 137). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausge-

glichenen 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).

**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 allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Gemäss 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).

**2.4** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

**2.5** Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

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

## **2.6**

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

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

**2.6.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

### **3.**

**3.1** Den seit VGE IV/2012/1020 erstellten medizinischen Akten ist im Wesentlichen zu entnehmen was folgt:

**3.1.1** Im orthopädischen Gutachten vom 29. September 2014 (AB 87.1) nannte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Spital C. \_\_\_\_\_, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische linksseitige Kniebeschwerden mit zusätzlicher Schmerzverarbeitungsstörung bei Status nach mehreren operativen Eingriffen nach initialem Bagatelltrauma vom Dezember 2006. Zur Zeit der Befragung habe sich zu den vom Patienten geäusserten Beschwerden kein objektives pathologisches Korrelat in den durchgeführten Untersuchungen (klinisch sowie radiologisch) finden lassen. Das MRI vom 7. Juli 2014 zeige zwar eine Restmeniskuspathologie im Hinterhornbereich, diese sei jedoch nicht schmerzförend, da die Infiltrationen keinen Erfolg gezeitigt hätten. Der Patient sei in seiner Arbeitstätigkeit als ... durch die Schmerzen stark eingeschränkt. Eine potentielle Verbesserung der Schmerzsituation und damit ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit könnte durch die Optimierung der Schmerzbehandlung erfolgen (S. 8 f.). Die bisherige Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 50 % zumutbar. Eine verminderte Leistungsfähigkeit sei nicht objektivierbar, je nach Schmerzen und Opiateinnahme sei eine geringere Leistungsfähigkeit möglich (S. 10 Ziff. 4 und 5). Aufgrund von subjektiven Beschwerden sowie der Medikation mit Opiaten und schmerzmodulierend mit Psychopharmaka und Antiparkinsonika könnten wahrscheinlich die verbleibenden Fähigkeiten in einer an-

deren Tätigkeit nicht besser verwertet werden. Leichtes Gewichtheben, kurze Gehstrecken, sitzend Arbeiten seien noch zumutbar. Subjektiv einschränkend seien die Schmerzen, die durch klinisch-radiologische Untersuchungen nicht objektiviert werden könnten. Deswegen könne keine klare Antwort gegeben werden, in welchem zeitlichen Rahmen eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei (S. 11 Ziff. 10 –13).

**3.1.2** Im Rahmen seines Beratungsauftrages führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 15. Oktober 2014 gegenüber dem Unfallversicherer aus, bei der anhaltenden, invalidisierenden Schmerzproblematik handle es sich um ein chronisches Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie. Weder aufgrund der organischen Befunde noch aufgrund dessen, was bis anhin über die Psyche des Versicherten bekannt sei, seien Ausmass und Dauer der Schmerzen verstehbar. Ebenso wenig verstehbar sei, dass die physiotherapeutischen Behandlungen zu keiner Besserung geführt hätten und die starke analgetische Medikation kaum Wirkung zeige. Die Schmerzen könnten durchaus auch aus nicht medizinischen Gründen fortbestehen, wie die Entschädigungserwartung oder aufgrund soziokultureller Gegebenheiten, die den Versicherten ein beschädigtes Knie als ein endgültig kaputtes Knie erleben liessen (AB 103.2 S. 8 – 9). Ergänzend führte er am 19. November 2014 (AB 103.2 S. 6 f.) aus, es sei fraglich, ob die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: 45.41) überhaupt gestellt werden könne. Das orthopädische Gutachten (AB 87.1) habe gezeigt, dass keine somatischen Faktoren bestünden, die das Ausmass der Schmerzen erklären würden und auch die psychischen Faktoren, die eine solche Schmerzsymptomatik begründen könnten, seien nach wie vor unklar (AB 103.2 S. 7).

Ein weiterer beratender Arzt des Unfallversicherers, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2014 (AB 103.2 S. 1 – 3) fest, eine somatische Ursache der erheblichen Beschwerden im linken Kniegelenk habe weder klinisch noch radiologisch gefunden werden können. Anhaltspunkte für einen Infekt oder eine massive Arthrose oder andere strukturelle Schädigungen seien nicht festgestellt worden. Aus der Aktenlage könne gesagt werden, dass eine



schwere manuelle Tätigkeit (Arbeit praktisch immer stehend oder gehend mit Gewichtsbelastungen verbunden oder auch manuelle Tätigkeiten in der Hocke) wohl nicht mehr ausgeübt werden könne. Eindeutig ersichtlich sei, dass der Versicherte (orthopädisch beurteilt) in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Das heisse eine Tätigkeit, in der er mehrheitlich sitzen könne, zum Teil jedoch wechselnde Positionen, auch stehende Tätigkeiten oder verbunden mit Gangabläufen ohne Tragen schwerer Lasten (AB 103.2 S. 3).

**3.1.3** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2015 (AB 99) bezüglich eines vom 2. bis 27. Februar 2015 dauernden teilstationären Aufenthaltes wurden als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion als Folge des Unfalls und der Arbeitsunfähigkeit (ICD-10: F43.21) sowie narzisstische und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) diagnostiziert (AB 99 S. 1). Der Patient habe versucht regelmässig in die Tagesklinik zu kommen. Aufgrund starker Kniebeschwerden habe er sich sehr klagend gezeigt. Am Morgen habe er wegen den schmerzbedingten Schlafstörungen Schwierigkeiten gehabt, zu kommen. Die Schmerzen hätten auch eine Reizbarkeit provoziert, mit denen er sich schwer getan habe umzugehen. Dagegen habe der Patient bei den vorgeschlagenen Aktivitäten gut teilnehmen können. Er habe Mühe bekundet, sich Grenzen zu setzen, was eine Verstärkung der Schmerzen und als Folge eine Reizbarkeit am Ende des Tages hervorgerufen habe. Er habe seine Ohnmacht und Unfähigkeit, auf diesen psychischen und physischen Zustand einzuwirken, mit Verzweiflung ausgedrückt, die als eine Art der Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden, erklärt werden könne. Der Austritt sei für den 27. Februar 2015 geplant gewesen. Der Patient habe keine weitere psychiatrische Behandlung mehr gewünscht (AB 99 S. 2).

Im Bericht vom 27. April 2015 (AB 98) bestätigten die behandelnden Ärzte und der behandelnde Psychologe der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ die im Austrittsbericht gestellten Diagnosen und führten diese als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 98 S. 1). Zudem vermerkten sie, in psychischer Hinsicht sei die bisherige Tätigkeit weiterhin zumutbar. Der Patient benötige eine Anpassungszeit und eine schrittweise Aufnahme seiner Arbeitstätigkeit (AB 98 S. 3).

**3.1.4** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 1. April 2015 (AB 94 S. 1 – 3) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), entwickelt im Rahmen von vier Knieoperationen innerhalb der letzten zwei-einhalb Jahren, und eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10: F45.41), bestehend seit zwei Jahren. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) bestehend seit der Jugend, eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10: F54) bestehend seit ungefähr zwei Jahren und eine iatrogene Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.2), welche sich im Rahmen der Schmerzmitteltherapie entwickelt habe, bestehend seit zwei Jahren (AB 94 S. 1). Der psychopathologische Befund sei geprägt von Bitterkeit und Wut gewesen, habe aber nicht mit dem einer depressiven Episode z.B. im Sinne der ICD-10 korreliert. Der Patient habe sich unleidlich gereizt, aggressiv, unzufrieden und selbstmitleidig präsentiert. Aufgezeigte Lösungswege seien konsequent verunmöglicht worden (AB 94 S. 2).

**3.1.5** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, vermerkte in ihrer Beurteilung vom 11. Mai 2015 persistierende Knieschmerzen links seit Kontusion im 2006 und mehreren operativen Eingriffen im 2011, eine Depression und einen Nikotinabusus. Der Versicherte habe durch den Unfall von 2006 und die in dessen Folgen durchgeführten operativen Eingriffe ein traumatisiertes Knie links, was auch bei den benachbarten Gelenken und auf der anderen Seite zu Fehlbelastungen geführt habe. Zudem würden ihn die Schmerzen reizbar, mit entsprechenden Symptomen machen. Es habe sich auch eine gewisse Abhängigkeit von den Schmerzmitteln entwickelt. Weder klinisch noch in den Zusatzuntersuchungen fänden sich Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Affektion. Es sei auch keine Hüftpathologie, die die Knieschmerzen zusätzlich erklären könnte, zu sehen (AB 100 S. 7).

**3.1.6** Die Hausärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, nannte im Arztbericht vom 20. Mai 2015 (AB 100 S. 2 ff.) als Diagnosen eine Depression seit 2013 und chronische Kniebeschwerden links seit 2011. Es bestünden erhöhte Schmerzen im linken Knie nach langem Laufen oder Sitzen und eine stark schwankende Stimmungslage. Die bisherige

Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 50 % zumutbar, dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50 %. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht vermindern. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne im Umfang von 50 % ab sofort gerechnet werden. Eine Steigerung sei im Moment nicht absehbar (AB 100 S. 4).

**3.1.7** Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der M. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2015 (AB 119.1) führten die Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ im polydisziplinären Konsens die nachstehenden Diagnosen auf (S. 49 f. Ziff. 11 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) bei Zustand nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Persistierende Kniegelenksschmerzen links unklarer Genese nach arthroskopischer medialer Teilmenishektomie März und Mai 2011, arthroskopischem Débridement sowie Tibiakopfvalgisationosteotomie November 2011 mit Débridement und Hämatomausräumung November 2011 sowie Metallentfernung September 2012
- Senk-/Spreizfüsse
- Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Akzentuierte emotional instabile reizbare und narzisstisch kränkbare Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)

Die Gutachter erklärten, die ausgeprägten Kniegelenksschmerzen links sowie die deutliche subjektive Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könnten bei geringen abnormen Untersuchungsbefunden des linken Kniegelenks und normalen MRI desselben nicht plausibilisiert werden. Nachdem die Kniegelenksschmerzen links in dem Ausmass nicht hätten objektiviert werden können und das MRI des linken Kniegelenks vom September 2015 unauffällig gewesen sei, resultiere keine Funktionseinschränkung. Sollte das MRI vom Juli 2014 korrekt sein, wo eine Chondropathie Grad II des medialen Kompartiments sichtbar sei, resultiere für die bisherige körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit ebenfalls keine Funktionseinschränkung bei nur geringem Knorpelschaden (S. 47). Es würden anhaltende schwere Schmerzen im Knie links geklagt und es könne aus

psychiatrischer Sicht lediglich der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren gestellt werden, nachdem die Schmerzen durch eine körperliche Störung nicht ausreichend hätten erklärt werden können und sich auch keine psychischen Faktoren erheben liessen, die eine solche Schmerzsymptomatik begründen würden. Damit bleibe die Ursache dieser Schmerzsymptomatik bis dato unklar. Es seien keine anhaltenden schweren und quälenden Schmerzen anzunehmen und der Explorand wirke im Untersuchungszeitpunkt auch nicht durchgehend durch die Schmerzen beeinträchtigt. Auch würden schwere Einschränkungen im Alltag behauptet, jedoch liessen sich durchaus verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf erheben. Daneben bestehe keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und es lasse sich lediglich eine chronische depressive Verstimmung entsprechend einer Dysthymie bei Zustand nach Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion erheben. Diese chronische depressive Verstimmung sei vor allem gekennzeichnet durch dysphorisch-reizbare Verstimmung mit Unruhezuständen und es seien diese leichten Verstimmungszustände durchaus therapeutisch angebar mit Psychotherapie, kombiniert mit antidepressiver Medikation. Auch lasse sich beim Exploranden neben akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional-instabilen, reizbaren und narzisstisch-kränkbaren Persönlichkeitszügen keine Persönlichkeitsstörung erheben. Damit seien die Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität nicht wesentlich beeinträchtigt (S. 48). Bei der Beurteilung der Konsistenz zeige sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und es liessen sich vor allem im Rahmen der Freizeitgestaltung verschiedene Aktivitäten erheben, während er keiner Arbeit nachgehe. Vor dem Auftreten der Anpassungsstörung liessen sich allerdings keine Beeinträchtigungen erheben. Insgesamt liessen sich derzeit eine Aggravation sowie ein Begehrensverhalten nicht ausschliessen, jedoch liessen sich durchaus Ressourcen erheben (S. 49). Aufgrund der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymie) bei Zustand nach Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion und leichter Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Motivation, der Interessen, der Anpassungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... bei voller Stun-

denpräsenz seit Januar 2013 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %). Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz spätestens seit Juli 2014 zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) angenommen werden. Einer sofortigen beruflichen Eingliederung stünden keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen (S. 50 Ziff. 12).

**3.1.8** Die Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dres. med. N. \_\_\_\_\_ und O. \_\_\_\_\_, erwähnten im ambulanten Bericht des Spitals P. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2015 (AB 115) als Hauptdiagnose eine symptomatische mediale Gonarthrose links mit/bei Status nach medialer Teilmeniskektomie März 2011, Status nach Steroidinfiltration Knie links April 2011, Status nach Kniearthroskopie und Plicaresektion Mai 2011, Status nach valgusierender Tibiakopfosteotomie November 2011, Status nach Entfernung der Tomofixplatte September 2012 und Status nach zwei Knieinfiltrationen November 2012 (AB 115 S. 1). Beim Patienten liege eine Chronifizierung des medialen Knieschmerzes im Rahmen der medialen Gonarthrose vor. Die Schmerzexazerbationen und Schwellungszustände seien Arthrose-bedingt. Hier bedürfe es einem Anpassen der Belastung ans Knie. Zudem liege eine Überempfindlichkeit im ehemaligen Plattenlager vor. Sollte die mediale Gonarthrose radiologisch weiter fortschreiten, müsste die Indikation zu einer Hemiprothese diskutiert werden (AB 115 S. 2). Ergänzend zu diesem Bericht führte Dr. med. O. \_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2015 auf Anfrage der Hausärztin aus, der Patient könne mit der beginnenden Gonarthrose als ... in der ...branche zu 50 % arbeiten. Sitzen könne er 4 Stunden und Stehen ½ Stunde pro Tag. Anzustreben wäre eine hauptsächlich sitzende Tätigkeit mit geringem Anteil an Gehen und Stehen. Kniende Tätigkeiten sowie Treppen-/Leiternsteigen, in die Hocke gehen oder Lasten tragen sollten vermieden werden. Sehr wahrscheinlich könnte eine Teilprothese eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit nicht zurückbringen (AB 130).

**3.1.9** Die Hausärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2015 (AB 125 S. 1 f.) fest, der Patient sei nochmals im P. \_\_\_\_\_ orthopädisch evaluiert worden und es sei klar von einer media-

len Gonarthrose gesprochen worden, die ursächlich für die chronischen Kniebeschwerden sei. Diese Gonarthrose habe sich klar radiologisch durch eine Gelenkspaltverschmälerung intern (Standardröntgenbericht) diagnostizieren lassen. Die Schmerzklinik, das Standardröntgen vom 22. September 2015 und das MRT vom Juli 2014 sowie das orthopädische Konsil vom 6. November 2015 seien genügend Anhalt für einen dringenden Gonarthroseverdacht intern links. Dass ein 33-jähriger Patient an einer schmerzhaften Gonarthrose leide, sei sicherlich nicht durch biologische Abnutzung erklärbar – sondern als Folge des Unfalls und der multiplen Operationen und Menishektomie intern links zu werten. Es liege also klar ein chronisches Leiden vor, das chronische Schmerzen nach sich ziehe. Für sie als Hausärztin bestünden keine Zweifel, dass der Patient mit 33 Jahren schon an einer symptomatischen Gonarthrose intern links leide und diese Beschwerden einen 100 % Wiedereintritt in die Arbeitswelt erschweren gegebenenfalls sogar verunmöglichen würden. Dies spreche für eine bleibende Invalidität (AB 125 S. 1). Was die „psychische Morbidität“ betreffe, seien lediglich die Befunde und Unterlagen in Betracht gezogen worden, die schon über ein Jahr alt gewesen seien (AB 125 S. 1 f.). Ausserdem werde eine mangelnde Motivation des Patienten beschrieben mit Ablehnung einer psychiatrischen Tagesklinik. Der Patient habe aber sehr wohl diesen Schritt getan und vom 22. bis 27. Februar 2015 die psychiatrische Tagesklinik aufgesucht. Dieser Bericht scheine komplett in der Evaluation untergegangen zu sein. Es sei sehr wichtig zu sehen, dass der Patient eine Motivation durch weitere psychiatrische/psychologische Nachsorge gezeigt habe. Es sei doch Motivation, dass er trotz Schmerzen versuche den Alltag zu bewältigen, Arbeit suche und regelmässig Laufen gehe. Es bestehe auch keine Diskrepanz zwischen Schmerz und Aktivität – die Aktivität beschränke sich auf das Gehen und nicht auf Fussballspielen oder Ähnliches. Ein sozialer Rückzug sei eindeutig, sogar bei engen sozialen Kontakten (Familienangehörige; AB 125 S. 2).

**3.1.10** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropenmedizin und Reisemedizin, am 8. Februar 2016 dahingehend, ob nun wirklich eine beginnende mediale Gonarthrose vorliege (MR von Juli 2014) oder nicht (MR von September 2015)

sei unerheblich, da aufgrund der normalen klinischen Untersuchung des linken Kniegelenks keine Arbeitsunfähigkeit für eine mehrheitlich sitzende und leichte Tätigkeit abgeleitet werden könne. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit von 2006 bis 2013 in der ... bei der ... sei mehrheitlich leicht und sitzend gewesen, für Kniebeschwerden ideal. Die vom Versicherten geäußerten Kniebeschwerden könnten medizinisch weder klinisch noch bildgebend in ihrem Ausmass erklärt werden. Auf der psychischen Seite bestehe eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, solches sei in der Regel nicht invalidisierend. Der psychiatrische Gutachter habe im Einklang mit dem Psychiatrischen Dienst eine akzentuierte Persönlichkeitsstörung (richtig: Persönlichkeitszüge) diagnostiziert, die ebenfalls keinen Einfluss auf die adaptierte Tätigkeit habe. Der Versicherte habe wenig soziale Kontakte, es könne aber nicht von einem wesentlichen Rückzug aus dem sozialen Leben ausgegangen werden. Der Versicherte verfüge über Ressourcen, die er bei einer Arbeitstätigkeit verwenden könne (AB 135 S. 2).

**3.1.11** Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme der Hausärztin vom 4. März 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 5) beigebracht. Darin führt sie aus, der Patient leide mit seinen knapp 33 Jahren an einer Gonarthrose links infolge eines Unfalls 2006 und bei Status nach fünf Operationen zwischen 2011 und 2016. Im Gutachten werde festgehalten, das linke Knie sei reizlos mit normaler seitengleicher Beweglichkeit und guter Stabilität gewesen. Das passe aber nicht zu dem im selben Gutachten beschriebenen Patellaverschiebungsschmerz links und dass die Durchführung einiger Tests gar nicht möglich gewesen sei aufgrund der Schmerzen. Wie könne dann bitte von einem reizlosen Knie gesprochen werden? Der Patient sei seit 23. März 2011 entweder teil- (50 – 80 %) oder ganz (100 %) arbeitsunfähig. Seien fünf Jahre nicht eine länger dauernde Erwerbsunfähigkeit? Diese werde voraussichtlich (aktuell 100 % arbeitsunfähig nach letzter Operation vom 26. Januar 2016) lebenslang zu 50 % persistieren. Dies bestätige auch der Orthopäde Dr. med. O. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 10. Dezember 2015. Es sei für sie als Hausärztin eindeutig, dass der Patient nie wieder zu 100 % ins Arbeitsleben eintreten könne – dies durch die degenerative, sprich fortschreitende Erkrankung seines linken Knies und durch die zerstörte Psyche. Auch an



einem adaptierten Arbeitsplatz werde er maximal zu 50 % arbeitsfähig sein bzw. zu 50 % arbeitsunfähig. Bezüglich der psychiatrischen Evaluation des Patienten sei sie erschüttert, wie ein Wort „Dysthymie“ – eine chronisch depressive Verstimmung – anders bewertet werde als eine schwere mittelgradige oder leichte rezidivierende depressive Störung. Sie erlebe den Patienten immer als sehr depressiv mit Zukunftsangst und immer mehr geäusserten suizidalen Absichten.

**3.2** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2016 (AB 137) massgeblich auf das Gutachten der M.\_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2015 (AB 119.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6.2 f. hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Es ist für die streitigen Belange umfassend und überzeugt auch inhaltlich, indem die fachärztlichen Beurteilungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Zu keiner anderen Beurteilung führen die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Einwände und die beigebrachten medizinischen Berichte (BB 3 ff.).

**3.2.1** Im Zusammenhang mit dem orthopädischen Teil des Gutachtens vom 22. Oktober 2015 (AB 119.1 S. 1 - 12) moniert der Beschwerdeführer vorab, dieses sei ungenügend, da es mit rund 11 Seiten ausserordentlich kurz geraten sei (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 3). Dazu ist festzuhalten, dass für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie massgebend ist, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 5. Januar 2012, 8C\_639/2011, E. 4.3.1). Trifft dies – wie hier – zu, ist die Anzahl Seiten grundsätzlich nicht entscheidend.

Gestützt auf das schlüssig begründete Gutachten ist erstellt, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht hinreichend erklären liessen (vgl. AB 119 S. 1 S. 47 und 50 - 52 Ziff. 12.4, 12.6; vgl. auch das MRI vom 22. September



2015, AB 131 S. 7). Diese gutachterliche Beurteilung deckt sich denn auch mit den Feststellungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2014 (AB 87.1 S. 9 B.), des beratenden Arztes des Unfallversicherers Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 (AB 103.2 S. 3) wie auch der Rheumatologin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 (AB 100 S. 7). Dementsprechend haben die beiden Gutachter dem Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Befunde aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert, was nicht zu beanstanden ist. Zudem hielten sie ausdrücklich fest, dass selbst unter Annahme der im MRI vom 7. Juli 2014 (AB 82 S. 3 f.) beschriebenen moderaten Chondropathie Grad II im medialen Kompartiment für die bisherige körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit ebenfalls keine Funktionseinschränkung resultiere (AB 119.1 S. 47 und 50 Ziff. 11.2). Entgegen den beschwerdeführerischen wie auch den hausärztlichen Vorbringen (Beschwerde S. 5 Art. 3; AB 125 S. 1 f.; BB 5) wurde somit auch die Veränderung des Gelenkknorpels in die Beurteilung miteinbezogen. An den gutachterlichen Schlussfolgerungen vermögen die übrigen ärztlichen Berichte nichts zu ändern. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom Spital P. \_\_\_\_\_ setzt sich in seinem Antwortschreiben an die Hausärztin vom 10. Dezember 2015 (AB 130) weder mit der Einschätzung der Gutachter auseinander noch äussert er sich zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Seine Antworten beziehen sich einzig auf die Tätigkeit eines ... in der ...branche. Abgesehen davon legt er nicht dar, inwiefern die von ihm diagnostizierte symptomatische mediale Gonarthrose links zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % in dieser Tätigkeit führen sollte. Ebenso kann der Beschwerdeführer mit seinem Verweis auf die Stellungnahmen seiner Hausärztin vom 4. Dezember 2015 (AB 125 S. 1 f.) und 4. März 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 5) nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal aus den Berichten keine wesentlichen Aspekte ersichtlich sind, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Die Tatsache allein, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Feststellungen der Gutachter und der Hausärztin des Beschwerdeführers besteht, ändert daran nichts. Hinzu kommt, dass es insbesondere der Stellungnahme vom 4. März 2016 (BB 5) nicht nur an Objektivität mangelt, vielmehr setzt die Hausärztin sich damit ausserhalb ihrer engeren ärztlichen Tätigkeit advokatorisch für den Beschwerdeführer ein. Diesbezüglich

ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Es besteht vorliegend kein Anlass, an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zu zweifeln. Orthopädisch liegt damit kein Befund vor, welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit rechtfertigen würde.

**3.2.2** Anhand der Akten lässt sich auch in psychiatrischer Hinsicht keine (dauerhafte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Eine Dysthymie ist nach der im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. auch: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 183). Sie kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (vgl. SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung – welche allenfalls zusammen mit einer Dysthymie einen relevanten Gesundheitsschaden darstellen könnte – ist nach der schlüssigen Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht anzunehmen. Die Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) stellt als sogenannte ICD-10-Z-Kodierung rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Januar 2013, 9C\_605/2012, E. 3.3). Es liegt somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Daran ändert auch die von den Gutachtern erwähnte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten Tätigkeit (AB 119.1 S. 50) nichts.

Die Vorbringen, der Gutachter habe es unterlassen, den aktuell behandelnden Psychiater Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu kontaktieren und er habe sich auch nicht mit dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2015 (AB 99) auseinandergesetzt (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 4), lassen nicht auf eine Unvollständigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens schliessen (AB 118). Der Beschwerdeführer wurde bis zum Eintritt in die Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ am 2. Februar 2015 durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ behandelt (AB 98 S. 1 Ziff. 1.2 f). Dessen Berichte fanden Eingang in die gutachterliche Beurteilung und es fand eine Auseinandersetzung damit statt (AB 118.1 S. 6 – 11 und 26). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erwähnte der Beschwerdeführer, er befinde sich erst seit kurzer Zeit bei Dr. med. R. \_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung. Er habe bisher zwei Termine wahrgenommen (AB 118.1 S. 13). Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand in diesem kurzen Behandlungszeitraum nicht in relevantem Ausmass verändert hat, zumal auch in dem vom Beschwerdeführer angerufenen Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ keine neuen Diagnosen gestellt wurden. Vielmehr wird im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2015 (AB 98) eine Arbeitsunfähigkeit einzig für den Zeitraum des Aufenthaltes vom 2. bis 27. Februar 2015 attestiert (AB 98 S. 2 Ziff. 1.6) und explizit festgehalten, dass von der Psyche her eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich sei (AB 98 S. 3 Ziff. 1.11). Die fachfremden Aussagen der Hausärztin (AB 125; BB 5) stellen das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls nicht in Frage. Bei diesem Ergebnis erübrigt es sich, einen Bericht des (neu) behandelnden Psychiaters einzuholen (vgl. Beschwerde S. 6 f. Art. 4).

**3.2.3** Der Sachverhalt erweist sich durch die bisherigen umfangreichen Erhebungen sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht als durch die Beschwerdegegnerin rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren Beweismassnahmen sind keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162), weshalb von den vom Beschwerdeführer beantragten Abklärungen (Beschwerde S. 2 Ziff. I. 2; S. 6 f. Beweismittel) abgesehen werden kann. Da

keine Invalidität im Rechtssinne vorliegt (vgl. E. 2.1 hiervor), fehlt es an der grundsätzlichen Voraussetzung für Leistungen der Invalidenversicherung.

**3.3** Nach dem Dargelegten ist die leistungsverweigernde Verfügung vom 15. Februar 2016 (AB 137) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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