

200 16 587 IV
MAW/FRN/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. September 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 2. Dezember 2011 zur Früherfassung und am 14. Dezember 2011 unter Hinweis auf einen Unfall mit Sehnenruptur des linken Fusses bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1 und 9). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung (vgl. allgemeininternistisches/rheumatologisches Gutachten vom 13. Februar 2012; act. II 36.2) sowie der SUVA ein (act. II 39.2 S. 1 ff.). Daraufhin liess die IVB eine Arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA) in der C._____ (Akten der IV [act. IIA] 53 und 74) sowie ein Arbeitstraining in der D._____ (act. IIA 71 und 80) durchführen und verfügte am 28. Juni 2013 den Abschluss der beruflichen Eingliederung, weil keine (weiteren) beruflichen Massnahmen möglich waren (act. IIA 87). Mit Vorbescheid vom 1. Mai 2014 (act. IIA 95) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 7% in Aussicht (act. IIA 97 S. 4 ff.). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch die E._____, Einwand (act. IIA 97 S. 1 ff.) und liess einen Bericht des K._____ vom 2. Juni 2014 (act. IIA 103 S. 5 ff.) einreichen. Nachdem die IVB eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eingeholt hatte, liess sie ein psychiatrisches Gutachten erstellen (Gutachten vom 22. Januar 2015, act. IIA 115.1; vgl. Stellungnahme vom 17. Februar 2015, act. IIA 117.1). Der Versicherte reichte am 21. April 2015 eine Stellungnahme sowie einen weiteren Bericht des K._____ vom 4. Mai 2015 (act. IIA 123 und 124) ein. Nach Einholung einer erneuten Stellungnahme beim RAD (act. IIA 126) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 13. Oktober 2015 die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 8% in Aussicht (act. IIA 129). Nach erhobenem Einwand des Versicherten (act. IIA 130) und einem als „Einsprache“ betitelten Schreiben des K._____ (act. IIA 135 S. 2 ff.), holte die IVB eine weitere Stellungnahme des RAD ein (act. IIA 137). Mit Verfügung vom 2. Juni 2016 wies sie das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 8% ab (act. IIA 138).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, nunmehr vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 21. Juli 2016 Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

Die Verfügung vom 2. Juni 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen IV-Leistungen auszurichten.

Eventuell: Die Verfügung vom 2. Juni 2016 sei aufzuheben und die Akten seien an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie nach ergänzenden Abklärungen neu über die Ansprüche des Beschwerdeführers befinde.

-Unter Kosten und Entschädigungsfolge- .

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juli 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 2. Juni 2016 (act. IIA 138). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.1.1 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).

2.1.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmass-

nahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen allgemeininternistischen/rheumatologischen Gutachten vom 13. Februar 2012 (act. II 36.2) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom des Bauches (nicht ausreichend somatisch abstützbar und diffuse Druckschmerzangabe). Er erhob keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7) und führte aus, allgemeininternistisch könne er keinen relevanten klinisch-pathologischen Befund objektivieren (S. 8). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübte berufliche Tätigkeit krankheitsbedingt zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen (S. 13).

3.1.2 Am 3. April 2012 wurde der Beschwerdeführer von der SUVA-Kreisärztin, Dr. med. G._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht. Im Bericht

desselben Datums (act. II 39.2 S. 221 ff.) diagnostizierte sie insbesondere einen Fallfuss links bei offener distaler Tibiafraktur mit Durchtrennung von Nervus saphenus, Tendo Tibialis anterior, EHL, EDL, Nervus peroneus superfizialis et profundus. Sie hielt fest, der Beschwerdeführer sei am 16. Februar 2011 in ... ins Meer gesprungen und habe sich dabei eine offene Unterschenkelfraktur links zugezogen. Erst bei stabiler Knochensituation und Entfernung des Gipses sei die Fallfussproblematik bei ausgedehnter Weichteilläsion zu Tage getreten. Eine Revision mit versuchter Tenodesse sei am 9. September 2011 durchgeführt worden. Leider sei es zu einem Versagen dieser Sehnennähte gekommen. Der Zustand sei aber aktuell so, dass von einer weiteren operativen Intervention wenig Verbesserung erwartet werden könne und der Beschwerdeführer die Situation gerne so belassen möchte (S. 225). Er laufe heute ohne Heidelbergerschiene oder Spezialzurichtung. Ein stabiler Zustand sei erreicht. Zum Zumutbarkeitsprofil führte sie aus, eine sitzende Tätigkeit mit kurzen Gehphasen, welche gesamthaft am Tag 2 – 2 ½ Stunden nicht überschreiten sollten, sei prinzipiell ganztags möglich. Gewichte sollten repetitiv nicht über 10 – 15 kg gehoben werden. Repetitives Treppensteigen sei zu vermeiden. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei nicht möglich (S. 226).

3.1.3 Im Bericht vom 5. September 2012 (act. IIA 51) diagnostizierte med. pract. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, des K._____, eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) seit Jahren (S. 1). Zum Befund führte er aus, der Beschwerdeführer sei psychomotorisch angespannt. Es bestehe ein dissoziatives Erleben in Belastungssituationen. Die Grundstimmung sei verzweifelt, hilfesuchend, er habe im Laufe der ersten Gespräche wiederholt geweint. Es bestehe eine emotionale Instabilität mit impulsiven Durchbrüchen und vermehrter Reizbarkeit. Zudem leide er unter Zukunftsängsten sowie Ein- und Durchschlafstörungen (S. 2). Belastungssituationen wie Konflikte am Arbeitsplatz führten zu vermehrter emotionaler Instabilität und Konfliktausweitung. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit. Aus psychiatrischer Sicht scheine eine zeitliche Belastung von aktuell 50% bis mittelfristig 80% zumutbar (S. 3).

3.1.4 Im Bericht des K. _____ vom 2. Juni 2014 (act. IIA 103 S. 5 ff.) legte med. pract. H. _____ dar, dass sich bei genauerer Exploration klar gezeigt habe, dass der Beschwerdeführer bereits in den Jahren zuvor unter verschiedenen Symptomen aus dem Bereich der Traumafolgestörungen gelitten habe, wobei diese so weit hätten psychisch kompensiert werden können, dass kein Vollbild einer PTBS diagnostiziert worden sei. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass es sich nicht um eine symptomfreie „Latenzzeit“ gehandelt habe. Vielmehr sei davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer gelungen sei, über all die Jahre mit einer massiven willentlichen Anstrengung, „normal zu funktionieren“ und die Symptome zu unterdrücken (S. 5). Mit dem Unfall 2011 sei diese Strategie in Frage gestellt worden und habe im Verlauf gänzlich versagt, so dass es klinisch zum Vollbild der heute manifesten PTBS gekommen sei. Zum Thema der PTBS mit verzögertem Beginn seien in den letzten Jahren viele Forschungsarbeiten publiziert worden, die klar zeigten, dass der oben geschilderte Verlauf der Erkrankung des Beschwerdeführers häufig auftrete (S. 6).

3.1.5 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH diagnostizierte im Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Störung der Impulskontrolle (ICD-10 F63.9). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10 Z.56), einen Status nach PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine Anpassungsstörung während der beruflichen Massnahme 2013 (ICD-10 F43.2; S. 8). Er führte aus, im Zusammenhang mit der körperlich schweren Arbeit in einer Mühle habe sich beim Beschwerdeführer eine Schmerzproblematik im Bauch-Inguinalbereich entwickelt (S. 8). Im Sommer 2011 habe er sich den linken Fuss gebrochen. Seither sei eine chronische Schmerzsituation vorhanden, Arbeitsversuche seien gescheitert. Gemäss dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. F. _____ hätten keine somatischen Störungen für die ausgedehnte und ausgeprägte Schmerzsymptomatik gefunden werden können. Es müsse demzufolge von einer psychosomatischen Überlagerung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer zeige diverse Hinweise dafür: Er sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme führten oft

zu einer Verstärkung der Schmerzen, diese bildeten den Hauptfokus seines Interesses. Er glaube, dass all seine Probleme auf die schwere Arbeit, resp. auf den Unfall zurückzuführen seien, was auf eine gewisse Fixierung hinweise. Zusammenfassend könne eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Die durch die Schmerzen herbeigeführten Einschränkungen führten dazu, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitstätigkeit schrittweise habe reduzieren müssen. Er habe vor allem unter der Schwierigkeit gelitten, seine Emotionen unter Kontrolle zu halten. So habe er bei der heutigen Untersuchung berichtet, dass er damals, während der 25%-igen Arbeitstätigkeit in der ... in tätliche Auseinandersetzungen mit Arbeitskollegen geraten sei. Er sei explosiv-reizbar gewesen, weshalb er sich zur Vermeidung solcher Eskalationen jeweils habe zurückziehen müssen. Dieses Verhalten lasse sich bis heute nachweisen. Er schirme sich vermehrt ab, ziehe sich sogar innerhalb der Familie zurück und versuche, zwischenmenschlichen Differenzen auszuweichen. Diagnostisch könne von einer Störung der Impulskontrolle ausgegangen werden (S. 9). Diese wirke sich vor allem dann negativ aus, wenn er unter Druck stehe und eng mit Mitmenschen zusammenarbeiten müsse. Diese psychische Störung stelle eine Komorbidität dar (S. 11).

Weiter führte der Gutachter aus, gemäss der ICD-10 sei es nicht möglich, dass eine PTBS nach derart langer Latenz wieder auftrete, ausgenommen es wäre zu einer Retraumatisierung gekommen. Dies sei aber nicht der Fall, weder der Fuss-Unfall vom Juli 2011 noch die Probleme am Arbeitsplatz könnten als Retraumatisierung aufgefasst werden (S. 10).

Die frühere Tätigkeit als ... sei aus psychiatrischer Sicht zu 80% zumutbar (S. 12). Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% bestehe seit März 2012 (S. 13).

3.1.6 Im Bericht vom 17. Februar 2015 (act. IIA 117.1) nahm Dr. med. I. _____ Stellung zum Bericht des K. _____ vom 2. Juni 2014 (act. IIA 103 S. 5 ff.; E. 3.1.4 hiervor) und gab an, der Beschwerdeführer habe bei seiner Untersuchung gesagt, dass es nach der Einreise in die Schweiz zu Beginn noch zu Flashbacks und Alpträumen gekommen sei. Anschliessend habe er aber während vielen Jahren gearbeitet ohne darunter gelitten zu haben. Es habe also während Jahren eine symptomfreie Latenz bestan-

den. Weiter stellte Dr. med. I. _____ fest, es sei nicht möglich, bei Versicherungsgutachten auf Forschungsstudien auszuweichen, da diese oft widersprüchlich seien und stets neue Arbeiten publiziert würden. Wichtig sei vielmehr, die allgemein bindenden Angaben der ICD-10 zu verwenden. Wenn nun in der ICD-10 aufgeführt werde, dass die PTBS selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma entstehe, müsse dieser Faktor ernst genommen werden. Dies umso mehr, als im vorliegenden Fall die Latenzzeit ca. 14 Jahre betrage (S. 2). Dass ein Unfall, Sprung ins Meer mit Fussfraktur, eine Retraumatisierung von Kriegserlebnissen bewirken solle, sei undenkbar. Eine echte Retraumatisierung (lebensbedrohliche Situation, Kriegserlebnisse usw.) sei nie eingetreten (S. 4).

3.1.7 Im Bericht des K. _____ vom 4. Mai 2015 (act. IIA 124 S. 3 ff.) nahm med. pract. H. _____ Stellung zum psychiatrischen Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1). Er führte aus, insgesamt könne gesagt werden, dass die Beurteilung durch den Gutachter seines Erachtens der komplexen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers in keiner Art und Weise gerecht werde (S. 3). Der Beschwerdeführer habe 2013 ein Arbeitstraining im D. _____ in ... absolviert. Das Training habe aufgrund einer psychischen Verschlechterung abgebrochen werden müssen. Dieser Sachverhalt werde im Gutachten kommentarlos als Anpassungsstörung und Aktivierung der Impulskontrollstörung bezeichnet. Die Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie und die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie äusserten sich in ihren „Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten in der eidgenössischen Invalidenversicherung“ zu allgemeinen Prinzipien der Exploration. Darin werde betont, dass „Diskrepanzen zwischen den Angaben in den Akten, Selbstauskünften und / oder dem beobachtbaren Verhalten des Exploranden“ in der Untersuchung angesprochen werden sollten, um eine Klärung herbeiführen zu können. Leider verzichte der Gutachter auf die Möglichkeit solcher Klärungen weitgehend. Als Beispiel sei einmal mehr angeführt, dass aus dem Sachverhalt „langjährige Arbeitsfähigkeit“ auf „Symptomfreiheit“ geschlossen werde, was in keiner Art und Weise der Realität des Beschwerdeführers entsprochen habe. Von Remission der PTBS könne ganz klar nicht gesprochen werden. Der Duktus des Gutachtens lasse den Eindruck entstehen, dass eine massive Fixierung auf die Schmerzsymptomatik

bestehe, was sich nicht mit dem Behandlungsverlauf decke. Als Leitsymptomatik zögen sich die emotionale Instabilität, die Reizbarkeit und die Impulskontrollverluste durch die Behandlung (S. 4).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Juni 2016 (act. IIA 138) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1) sowie die Stellungnahme vom 17. Februar 2015 (act. IIA 117.1) gestützt. Diese Beurteilungen erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hier vor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Der Gutachter hat sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf seine eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung

der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Darauf ist abzustellen.

3.4

3.4.1 Der Beschwerdeführer beanstandet die Tatsache, dass keine interdisziplinäre Beurteilung vorgenommen worden ist (Beschwerde S. 9). Hinsichtlich der somatischen Befunde ist der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin tatsächlich nie gutachterlich abgeklärt worden. Jedoch hat sie sich auf die umfassenden Abklärungen der andern involvierten Sozialversicherungen abgestützt:

3.4.2 Der Internist und Rheumatologe Dr. med. F. _____ hat den Beschwerdeführer im Februar 2012 im Auftrag der Krankentaggeldversicherung begutachtet (act. II 36.2). Dabei ging es insbesondere um die Beurteilung der Einschränkung durch das ätiologisch unklare chronische Schmerzsyndrom des Bauches (mit Ausstrahlung in die Leisten). Da Dr. med. F. _____ weder allgemein internistisch noch rheumatologisch einen klinisch-pathologischen Befund objektivieren konnte und aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer trotz dieser Schmerzen während Jahren schwerste Arbeiten ausgeführt hatte, war seine Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer durch diese Schmerzen in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist (act. II 36.2 S. 13), naheliegend und plausibel.

3.4.3 Die SUVA-Kreisärztin hat gestützt auf ihre Untersuchung vom 3. April 2012 hinsichtlich der Bein- bzw. Fussproblematik im Zusammenhang mit dem Unfall vom Februar 2011 in ... befunden, der Beschwerdeführer könne eine angepasste Tätigkeit (sitzende Tätigkeit mit kurzen Gehphasen, kein repetitives Gewichtheben über 10 – 15 kg, kein repetitives Treppensteigen und kein Besteigen von Leitern und Gerüsten) ganztags ausüben (act. II 39.2 S. 226). Da der Beschwerdeführer die somatische Beurteilung und das daraus abgeleitete Anforderungsprofil weder gegenüber der SUVA noch im zweimal durchgeführten Einwandverfahren kritisiert hat, ist davon auszugehen, dass er sich dieser Beurteilung anschliesst. Weil auch aus Sicht des Gerichts kein Anlass besteht, an dieser Beurtei-

lung zu zweifeln, kann der Beschwerdegegnerin keine Rechtsverletzung vorgeworfen werden, wenn sie sich auf die bestehende unbestrittene somatische Beurteilung abgestützt hat, ohne eine interdisziplinäre Beurteilung zu veranlassen. Dies insbesondere, weil von vornherein feststeht, dass in einer aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeit eine allfällige zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzig auf den psychiatrischen Befund zurückzuführen wäre.

3.5

3.5.1 Dr. med. I. _____ hat sein Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1) zwar ohne Kenntnis des Berichts des K. _____ vom 2. Juni 2014 (act. 103 IIA S. 5 ff.) abgefasst und sich demzufolge auch nicht mit der abweichenden Beurteilung von Dr. med. H. _____ auseinandergesetzt. Jedoch wurde dieses Versäumnis unmittelbar danach mit der Stellungnahme vom 17. Februar 2015 (act. IIA 117.1) nachgeholt, so dass sich die Beurteilung von Dr. med. I. _____ aus dem Gutachten und der Stellungnahme ergibt. In Würdigung der gesamten Akten ist sowohl die Diagnosestellung als auch die festgelegte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überzeugend.

3.5.2 Es wird vom Gutachter berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer nach dem 17 Monate dauernden Lageraufenthalt bei seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1994 noch einige Monate unter den Foltererlebnissen gelitten und sogar noch entsprechende Szenen wie in einem Film vor sich gesehen sowie nachts Alpträume gehabt hat (act. IIA 115.1 S. 4). Für die damalige Zeit ist deshalb ohne weiteres von einer PTBS auszugehen. Es ist einleuchtend und nachvollziehbar, wenn der Gutachter davon ausgeht, dass die Störung remittiert ist (act. IIA 115.1 S. 8), ansonsten der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen wäre, von 1998 bis 2011 uneingeschränkt und ohne psychische Probleme an der gleichen Arbeitsstelle zu arbeiten (act. II 15 S. 4). In dieser Situation überzeugt die vom K. _____ bzw. vom behandelnden Psychiater im Bericht vom 5. September 2012 gestellte Diagnose einer seit Jahren bestehenden (aktiven) PTBS, deren Symptome nach dem Unfall in ... 2011 stark zugenommen hätten, nicht (act. IIA 51 S. 1 f.). Deshalb vermag dieser Bericht die vom Gutachter gestellten Diagnosen nicht in Frage zu stellen. Dies gilt auch für die späteren

Berichte des behandelnden Psychiaters (act. IIA 82; 91; 103 S. 5 ff.; 124 S. 3 ff. und 135 S. 2 ff.). Wie der Gutachter überzeugend begründet hat, reichen nach den Leitlinien der ICD-10 weder das Unfallereignis mit Fussfraktur noch Probleme am Arbeitsplatz aus, um eine Retraumatisierung zu bewirken (act. IIA 115 S. 10; 117.1 S. 4). In Anbetracht des langjährig uneingeschränkten funktionellen Leistungsvermögens ist denn auch auszuschliessen, dass die zu beurteilende Beschwerdesymptomatik eine spätere, chronifizierte Folge der extremen Belastung im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.0) darstellt.

3.5.3 Betreffend Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ebenfalls auf das Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1) abzustellen, wobei abweichend von der Beschwerdegegnerin zu berücksichtigen ist, dass der Gutachter nicht bloss eine somatoforme Schmerzstörung, sondern als „psychische Komorbidität“ eine Störung der Impulskontrolle diagnostiziert hat. Die von ihm attestierte Einschränkung von 20% (act. IIA 115.1 S. 13) stimmt im Übrigen mit der von med. pract. H. _____ in dessen Bericht vom 5. September 2012 (act. IIA 51 S. 3) gestellten mittelfristigen Prognose überein und entspricht auch der geäusserten Auffassung, unter Weiterführung der Therapie sei nach Möglichkeit die Erwerbs- und Beschäftigungssituation aufrechtzuerhalten.

3.6 In einem weiteren Schritt sind nunmehr mit Blick auf die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 die einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.1.2 hiervor). Gemäss der geänderten Rechtsprechung bilden bei somatoformen und vergleichbaren Störungen auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren das Grundgerüst der Folgenabschätzung. Die daraus gezogenen Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung standhalten (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298).

3.6.1 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist als erstes die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome näher zu betrachten; dabei bildet der diagnose-inhärente Mindestschweregrad den Ausgangspunkt (BGE 141 V 281 E. 4.3, 4.3.1 und 4.3.1.1 S. 298). Der Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung (act. IIA 115.1 S. 7). Die

Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert (act. IIA 115.1 S. 12). Zur Frage betreffend Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (BGE V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet und Psychopharmaka (Cipralex und Remeron) einnimmt. Die Medikation ist gemäss Laborresultat nicht optimal und sollte angepasst werden. Die Behandlung ist gemäss dem Gutachter weiterzuführen. Eine stationäre Behandlung kann er nicht empfehlen. Bezüglich der gestörten Impulskontrolle empfiehlt der Gutachter eine dämpfende Medikation (act. IIA 115.1 S. 10 und 13), womit die therapeutischen Optionen noch nicht ausgeschöpft sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Auf der Eingliederungsebene ist festzuhalten, dass das Arbeitstraining in der D._____ vom Beschwerdeführer nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte (act. IIA 80 S. 4), weil gemäss Darlegung des Gutachters unter Belastung die Störung der Impulskontrolle wieder auftrat. Der Beschwerdeführer musste sich am Arbeitsplatz oft zurückziehen, war angespannt und litt an psychosomatischen Beschwerden (act. IIA 115.1 S. 9 f.). Der Bereich „Komorbiditäten“ umfasst die bisherigen Kriterien „psychische Komorbidität“ und „körperliche Begleiterkrankungen“, wobei dem erstgenannten Kriterium keine vorherrschende Bedeutung mehr zukommt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300). Der Gutachter diagnostizierte neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Störung der Impulskontrolle, die eine Komorbidität darstelle. Diese psychische Komorbidität sei aber nicht ausgeprägt und trete nur in bestimmten Situationen auf. Sie wirke sich vorallem dann negativ aus, wenn der Beschwerdeführer unter Druck stehe und eng mit Mitmenschen zusammenarbeiten müsse (act. IIA 115.1 S. 11 f.).

Im Rahmen des Komplexes „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) sind mit der Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen sowie anhand der „komplexen Ich-Funktionen“ insbesondere Anhaltspunkte für die persönlichen Ressourcen der versicherten Person zu ermitteln (BGE 141 V 281 4.3.2 S. 302). Der Gutachter hat explizit festgehalten, dass keine Ich-Störungen vorliegen. Der objektive Befund gemäss AMDP-System war eher unauffällig und es wurden weder Persönlichkeitszüge noch Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (act. IIA 115.1 S. 6 f.).

Zum Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben täglich spazieren geht, weiterhin mit einigen guten Kollegen in Kontakt steht und im Jahr 2014 Ferien am Meer verbracht hat. Er wohnt zudem mit seiner Ehefrau und den drei Kindern zusammen (act. IIA 115.1 S. 5 f.).

3.6.2 Im Rahmen der Konsistenzprüfung stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter erwähnt hat, dass er wieder arbeiten möchte (act. IIA 115.1 S. 7). Er spaziert jeden Tag ins ... und hat noch einige gute Kollegen (act. IIA 115.1 S. 5 f.). Zur Vermeidung von Eskalationen schirmt er sich aber ab, meidet Leute und zieht sich in der Familie zurück. Auto fährt er nicht mehr, weil er sich zu unsicher fühlt (act. IIA 115.1 S. 6). Er steht in psychiatrischer Behandlung (alle drei Wochen) und nimmt Psychopharmaka ein (act. IIA 115.1 S. 9 f.).

Es bleibt der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 298) näher zu betrachten. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 140 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Der Beschwerdeführer steht in psychiatrischer Behandlung (alle drei Wochen) und nimmt Psychopharmaka ein (act. IIA 115.1 S. 9 f.). Der Gutachter hat explizit festgehalten, dass hinsichtlich der gestörten Impulskontrolle ein Leidensdruck bestehe (act. IIA 115.1 S. 10). Im Eingliederungsbereich hat sich der Beschwerdeführer optimistisch gefühlt und gehofft, wieder in die Arbeitswelt einsteigen zu können. Auf die im Januar 2013 begonnene berufliche Eingliederung habe er sich gefreut und sich intensiv eingesetzt (act. IIA 115.1 S. 5). Das Arbeitstraining musste jedoch abgebrochen werden, weil die Störung der Impulskontrolle wieder auftrat (act. IIA 115.1 S. 10).

3.7 Nach dem Dargelegten ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. IIA 115.1) im Kontext mit den weiteren medizinischen Berichten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt (vgl. E. 3.5. ff. hiervor). Die Prüfung dieser Indika-

toren zeigt, dass die vom Gutachter attestierte 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit plausibel ist. Mit dieser anerkannten Einschränkung hat der Gutachter der eher gering ausgeprägten Komorbidität der Störung der Impulskontrolle ausreichend Rechnung getragen. Es wurde berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer eine erfolgreiche Strategie zur Vermeidung von Eskalationen entwickelt hat, indem er sich in sein geregeltes Sozialleben „zurückzieht“ und innerhalb der intakten Familie und in seinem Freundeskreis Halt findet. Einer Umsetzung des vom Beschwerdeführer geäußerten Arbeitswillens steht – im Rahmen der attestierten 80%igen Leistungsfähigkeit – somit nichts im Wege. Folglich kommt der Expertise auch im vorliegenden Zusammenhang volle Beweiskraft zu, so dass die Anordnung einer neuen (polydisziplinären) Begutachtung nicht notwendig ist.

Damit ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (sitzende Tätigkeit mit kurzen Gehphasen, kein repetitives Gewichtheben über 10 – 15 kg, kein repetitives Treppensteigen und kein Besteigen von Leitern und Gerüsten; act. II 39.2 S. 226) auszugehen (act. IIA 115.1 S. 14).

4.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohn-

strukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im Dezember 2011 (act. II 1 und 9) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juni 2012 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.4 Der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit weiterhin in seiner angestammten Tätigkeit als ... in einem 100%-Pensum tätig, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzusetzen ist. Abzustellen ist dabei auf die Angaben des Arbeitgebers J. _____ AG betreffend den Lohn des Jahres 2011, welcher Fr. 59'800.— betrug (act. II 15 S. 4). Aufindexiert auf das Jahr 2012 (vgl. E. 4.3 hiervor) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 60'335.50 (Fr. 59'800.— / 100.5 x 101.4 [Bundesamt für Statistik {BFS}, Nominallöhne Männer 2011 – 2015, Tabelle T1.1.10, lit. H {... + ...}]).

4.5 Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig (act. II 39.2 S. 226; act. IIA 115.1 S. 13). Da er die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2012 zu ermitteln (vgl. E. 4.2 hiervor). Das Invalideneinkommen wird gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festgelegt. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das massgebliche Jahr 2012 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 65'628.80 (Fr. 5'210.-- / 40 x 41.7 x 12 / 101.0 x 101.7; BFS, Nominallöhne Männer 2011 - 2015, Tabelle T1.1.10, Totalwert) im Jahr. Zudem wird ein LSE-Abzug von 20% gewährt (80%ige Arbeitsfähigkeit mit Wegfall von schwerer körperlicher Arbeit und sowohl psychischer als auch körperlicher Einschränkung). Unter Berücksichtigung dieses LSE-Abzuges und der 80%-igen Arbeitsfähigkeit, ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 42'002.40 (Fr. 65'628.80 x 0.8 x 0.8).

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'335.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'002.40 resultiert ein IV-Grad von gerundet 30% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Es besteht damit kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, dem unterliegenden Beschwerdeführer

aufgelegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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