

200 16 630 IV
GRD/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Mai 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich bei einem Sturz im ... 2011 eine Verletzung des linken Kniegelenks zu, welche im April 2012 operativ behandelt wurde (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 6.1 S. 5 und 22). Im Dezember 2012 (act. II 1) beantragte der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) Hilfsmittel bzw. ein Stehpult, wofür ihm die IVB Kostengutsprache erteilte (act. II 11).

Im Juli 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf chronische Schmerzen im linken Knie sowie eine Beeinträchtigung im Bewegungsapparat bei der IV zum Leistungsbezug in Form einer Rente sowie von Integrationsmassnahmen an (act. II 13). Die IVB holte die Akten des zuständigen Unfallversicherers (Suva) ein, zog Berichte der behandelnden Ärzte bei – aus welchen sich ergab, dass der Versicherte seit 1983 an einem Morbus Bechterew leidet –, tätigte erwerbliche Abklärungen und gewährte Frühinterventionsmassnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes (act. II 19; 36). Im Januar 2014 schloss die Suva den Fall mit dem Hinweis ab, der Versicherte sei hinsichtlich seiner bisherigen ... wieder zu 100% arbeitsfähig (act. II 37.1 S. 1 f.), woraufhin die IVB den Versicherten im Spital C._____ begutachten liess. In der entsprechenden Expertise vom 13. Februar 2014 (act. II 40.1) hielten die Gutachter Dres. med. D._____ und E._____, beide Fachärzte für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, fest, dem Versicherten sei bei einer Leistungsminderung von 20% die bisherige Tätigkeit grundsätzlich ganztätig zumutbar (S. 20); indessen sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes möglich, womit eine Reevaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Therapie des Morbus Bechterew sowie strukturierter Kräftigung des linken Beines nach 12 Monaten durchgeführt werden könne (S. 17). In der Folge unterzog sich der Versicherte physiotherapeutischer und medikamentöser Behandlung (act. II 49 S. 5). Nachdem die IVB weitere Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt und diese Hinweise auf eine Schmerzchronifizierung mit psychosomatischer Schmerzproblematik sowie

depressiver Episode ergeben hatten, veranlasste sie bei den Dres. med. F._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie sowie G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine bidisziplinäre Begutachtung (Teilexpertisen vom 24. Februar [act. II 70.1] und 25. Februar 2016 [act. II 69.1]; interdisziplinäre Beurteilung vom 2. März 2016 [act. II 70.2]). Mit Vorbescheid vom 31. März 2016 (act. II 72) stellte die IVB dem Versicherten mit der Begründung, es liege keine Invalidität im rechtlichen Sinne vor, die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 81), woraufhin die IVB bei Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Stellungnahme einholte (act. II 85). Am 1. Juni 2016 (act. II 86) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 4. Juli 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2016 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, indem Dr. med. F._____ auf weitere (bildgebende) Abklärungen sowie Laboranalysen hinsichtlich des Morbus Bechterew verzichtet habe, beruhe sein (Teil-)Gutachten auf unvollständigen Unterlagen und sei deshalb nicht beweiswertig, zumal sich seit Erstellung des letzten und beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. D._____ der Gesundheitszustand verschlechtert habe.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2016 beantragt 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 1. Juni 2016 (act. II 86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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). 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 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und 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 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit präsentieren sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Am April 2012 unterzog sich der Beschwerdeführer aufgrund einer lateralen Meniskusläsion und lateral betonten Chondropathie im linken Knie einer Kniearthroskopie sowie einer Teilmeniskektomie (act. II 6.1 S. 22). Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht zur Untersuchung vom 20. November 2012 (act. II 6.1 S. 66-72) fest, seit Oktober 2012 bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit; der Be-

schwerdeführer sei allerdings nicht mehr im ...-, sondern im ... (derselben Firma) tätig (S. 68). Es beständen noch limitierende Restbeschwerden im Sinne eines femoropatellären Problems (S. 70).

3.1.2 Wegen weiterhin bestehender Kniebeschwerden links erfolgte im April 2013 eine Kniegelenksinfiltration (act. II 28 S. 5). Im Bericht der Klinik J. _____ vom 26. Juni 2013 (act. II 28 S. 2 f.) wurde hierzu festgehalten, es sei zu keiner Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen (S. 2).

3.1.3 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht zur Untersuchung vom 13. Dezember 2013 (act. II 37.1 S. 52-58) eine Aussenmeniskusläsion im linken Kniegelenk links, einen Morbus Bechterew sowie eine arterielle Hypertonie und ein Asthma bronchiale. Erwerbsfähigkeitseinschränkende Restfolgen lägen momentan nicht vor (S. 57). Dem Beschwerdeführer sei ein ganztägiger Einsatz ohne Zwangshaltungen des linken Kniegelenks, ohne repetitives Gehen in unebenem Gelände, ohne kniende Tätigkeit sowie ohne repetitives Tragen von Lasten über 15kg zumutbar. Seines Erachtens sei die Beschwerdesymptomatik mit dem Morbus Bechterew assoziiert. Er empfehle deswegen die Anbindung an einen Rheumatologen, zumal in letzter Zeit auch gehäuft Augenentzündungen aufgetreten seien, die wahrscheinlich Bechterew-assoziiert seien (S. 58).

3.1.4 Im rheumatologischen Gutachten vom 13. Februar 2014 (act. II 40.1) hielten die Dres. med. D. _____ und E. _____ im Wesentlichen die folgenden Diagnosen fest (S. 18):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Linksseitige Gonarthrose (ICD Code M17.9)
- Morbus Bechterew (ICD Code M45.)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Asthma bronchiale
- Vitamin D-Mangel

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, aktuell beständen Kniebeschwerden ohne Schwellungen nach langem Gehen (ca. 200 m) und lan-

gem Stehen. Als klinisches Korrelat könne eine Verminderung der linken Oberschenkelmuskulatur dokumentiert werden und es finde sich ein diskreter linksseitiger Kniegelenkserguss in der Ultraschalluntersuchung des Knies. Einschränkungen in der Beweglichkeit der weiteren Gelenke oder Wirbelsäule, welche im Rahmen des Morbus Bechterew auftreten könnten, seien nicht feststellbar gewesen. Die radiologischen Veränderungen mit einer ausgeprägten Osteochondrose seien degenerativer Natur und schränkten die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit nicht ein. Aus rheumatologischer Sicht leide der Beschwerdeführer an einem HLA B-27 positiven Morbus Bechterew mit den typischen inaktiven Veränderungen im Kernspintomogramm der Sakroiliakalgelenke, wobei aktuell weder klinisch, kernspintomographisch noch serologisch eine Aktivität bestehe. Die Iritis vor Jahresfrist sei abgeheilt und schränke ihn nicht ein. Die geschilderte Müdigkeit könne im Rahmen der entzündlichen Krankheit aufgetreten sein, sei aber nicht als arbeitsrelevant anzusehen. Die linksseitigen Knieschmerzen seien dagegen auf degenerative Veränderungen und die Meniskusläsionen im Rahmen der Unfälle zurückzuführen, was durch die radiologischen Veränderungen bestätigt werde. Die Verminderung der linksseitigen Beinmuskulatur deute auf eine schmerzbedingte Schonung hin (S. 16). Dass die aktuellen Beschwerden, wie von Dr. med. K. _____ formuliert, im Rahmen des Morbus Bechterew zu deuten seien, erscheine aufgrund der erfolglosen Infiltration und der fehlenden klinischen und serologischen Befunde wenig wahrscheinlich. Für die bisherige leichte wechselbelastende Tätigkeit als ... im ... bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Die Veränderungen des linken Beines bedingten regelmässige Pausen bei der Arbeit für die Dauer von 1-2 Stunden pro Tag, was einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% entspreche (S. 17).

3.1.5 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 29. April 2014 (act. II 49 S. 6-9) wurde in anamnestischer Hinsicht festgehalten, der Beschwerdeführer komme nach dem Gutachten vom Februar 2014 in die Sprechstunde zur Standortbestimmung bei Morbus Bechterew und Kniearthrose links. Aktuell ständen die Kniebeschwerden im Vordergrund, nachdem er ein Aufbautraining im Fitness-Center aufgenommen habe. Er habe zudem anfangs März 2014 einen Schub des Morbus Bechterew gehabt, mit Morgensteifigkeit und Rückenschmerzen, welche zu einer dreitägigen

Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Der Beschwerdeführer arbeite aktuell zu 80%; ein „IV-Entschluss“ habe ergeben, dass er zu 80% arbeiten könne und somit keine IV-Rente erhalten werde (S. 8). In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, laborchemisch gebe es keine entzündliche humorale Aktivität. Klinisch habe eine Valgusstellung 10° vom Knie mit einer Instabilität und leichter Quadricepsatrophie links festgestellt werden können, weshalb erneut eine Physiotherapie-Verordnung für den Muskelaufbau links verschrieben worden sei (S. 7).

Mit Bericht vom 5. August 2014 (act. II 49 S. 4 f.) hielten die behandelnden Ärzte des Spitals C._____ fest, da in den vergangenen Monaten trotz aktiver physiotherapeutischer Behandlung und NSAID keine Besserung habe erzielt werden können, werde der Beschwerdeführer zur Evaluation einer ambulanten multimodalen Rehabilitation im Hause für eine Kurz-Hospitalisation aufgeboten (S. 5). Diese erfolgte vom 16. bis 18. September 2014 (act. II 53 S. 1), wobei der Beschwerdeführer bis Ende Februar 2015 in einem multimodalen interdisziplinären Schmerzprogramm eingebunden wurde (S. 2).

3.1.6 PD Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie sowie Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielten im Bericht vom 11. Juni 2015 (act. II 57) fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Weiterhin beständen vordergründig linksseitige bewegungs- und belastungsabhängige Knieschmerzen; die tief lumbalen Schmerzen ständen weniger im Vordergrund. Zusätzlich beständen Zeichen einer Schmerzchronifizierung sowie einer depressiven Episode, weshalb der Beschwerdeführer zur Beurteilung der Psychosomatik zugewiesen werde (S. 1). Es beständen eine linksseitige Gonarthrose mit bewegungs- und belastungsabhängigen Knieschmerzen sowie lumbosakrale Schmerzen bei beidseitiger ISG-Arthrose, aktuell ohne floride Entzündung. Aus somatischer Sicht erscheine die aktuelle Arbeit im ... mit leichter wechselbelastender Tätigkeit zumutbar (S. 2).

3.1.7 In der Folge wurde der Beschwerdeführer zur psychosomatischen Beurteilung und Therapieevaluation zugewiesen. Im entsprechenden Bericht vom 15. Juli 2015 (act. II 58 S. 2 ff.) des Spitals C._____ wurde u.a. eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion infolge des Morbus

Bechterew sowie der lateralen Gonarthrose links diagnostiziert (S. 2). In anamnestischer Hinsicht wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe die Zuweisung initiiert mit dem Wunsch, besser mit Schmerzen umgehen zu können. Er könne mittlerweile nur noch 50% arbeiten und leide auch dort häufig an Schmerzen bei der Arbeit in jeglicher Arbeitsposition, so dass er diese häufig wechseln müsse. Diese Schwierigkeit habe zu Selbstwertproblemen geführt sowie Selbstzweifeln und zunehmendem Grübeln. In der Beurteilung wurde festgehalten, es zeige sich ein deutlich depressives Zustandsbild, welches sich infolge der Knieschmerzen und kompliziertem postoperativem Verlauf sowie des Morbus Bechterew entwickelt habe (S. 3).

3.1.8 Im bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 24. und 25. Februar bzw. 2. März 2016 (act. II 70.1; 69.1; 70.2) wurden in rheumatologischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 70.1 S. 21 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

Keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

- Linksseitige femoro-patellare Arthrose und initiale linksseitige, laterale femoro-tibiale Arthrose
- Morbus Bechterew
- Verdacht auf lumbospondylogenes Syndrom beidseitig
- Schmerzintoleranz und vegetative Labilität
- Osteoporose
- Asthma bronchiale (seit Jugend)
- Arterielle Hypertonie
- Unklare rezidivierende gastrointestinale Symptome
- Vitamin D-Mangel

Dr. med. G. _____ stellte in psychiatrischer Hinsicht die folgenden Diagnosen (act. II 69.1 S. 7):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Anpassungsstörung, seit November 2015 (ICD-10 F43.2)

In der interdisziplinären Beurteilung vom 2. März 2016 (act. II 70.2) hielten die Gutachter fest, während der Beschwerdeführer einen ersten Bagatel-
eingriff am linken Knie 1983 mit Verzögerung überstanden habe, habe eine
mediale Teilmenispektomie am selben Knie 2012 zu andauernden Kniebe-
schwerden geführt, wobei eine beginnende Femuropatellararthrose, re-
spektive eine beginnende mediale Gonarthrose das Ausmass der
Schmerzen nur ansatzweise erklären könnten. Da seit 30 Jahren ein Mor-
bus Bechterew bekannt sei, habe man in dieser Krankheit einen Grund für
die ausbleibende Besserung vermutet. Die eingehende Abklärung habe
jedoch nur geringfügige Veränderungen ergeben und auch heute fänden
sich keine Zeichen einer aktiven Spondylarthritis ankylosans. Klinisch sei
der aktuelle Rheumastatus zumindest altersgemäss normal. Der Diskre-
panz zwischen den objektiven Befunden und dem subjektiven Kranksein
lägen extrasomatische Ursachen zugrunde. Aus rein somatisch-
rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine leichte, knie-
schonende Arbeit voll arbeitsfähig (S. 1). In psychischer Hinsicht habe nie
eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für die interdisziplinäre Be-
urteilung (der Arbeitsfähigkeit) könne vollumfänglich auf den somatisch-
rheumatologischen Gesichtspunkt abgestellt werden (S. 2).

3.1.9 Mit zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers er-
stelltem Bericht vom 3. Mai 2016 (act. II 81 S. 3) hielt Dr. med. D. _____
fest, für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit habe Dr. med. F. _____
im Gutachten die Laboranalysen sowie die radiologischen Untersuchungen
vom Februar 2014 beigezogen. Auf eine erneute radiologische Untersu-
chung sowie Laboranalysen werde aus nicht definierten Gründen verzich-
tet, obwohl der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Zustandes
angegeben habe. Die Aktivität des Morbus Bechterew werde allein auf-
grund der Klinik festgelegt. Zur Beurteilung der Aktivität eines Morbus
Bechterew sei zwingend eine Kernspintomografie der ganzen Wirbelsäule
und der ISG mit der Frage nach entzündlichen Veränderungen nötig sowie
eine Laboranalyse mit der Frage nach entzündlicher Aktivität. Auch eine
erneute radiologische Analyse des arthrotisch veränderten linken Kniege-
lenkes sei nicht durchgeführt worden. Gesamthaft gesehen sei die Beurtei-

lung ohne die zusätzlich durchgeführten Analysen bei anamnestisch verschlechterten Befunden gegenüber der letzten Begutachtung von 2014 nicht statthaft. Zur Komplettierung der Akten seien entsprechende Untersuchungen durchzuführen, bevor eine abschliessende Beurteilung vorgenommen werde.

3.1.10 Dr. med. H._____ (RAD) hielt in der Stellungnahme vom 25. Mai 2016 (act. II 85) fest, mit den klinisch fehlenden Zeichen eines aktiven Morbus Bechterew beständen auch keine Funktionseinschränkungen, weshalb der Verzicht auf eine erneute Radiologie und eine Laboruntersuchung folgerichtig sei (S. 2).

3.1.11 Mit zu Händen des Rechtsvertreters erstelltem Bericht vom 14. Juni 2016 (act. II 87 S. 15) hielt Dr. med. D._____ an seiner im Bericht vom 3. Mai 2016 am rheumatologischen (Teil-)Gutachten von Dr. med. F._____ geäusserten Kritik fest.

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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2016 massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. F._____ und G._____ vom 24. und 25. Februar bzw. vom 2. März 2016 (act. II 70.1; 69.1; 70.2) ab. Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Was der Beschwerdeführer dagegen respektive ausschliesslich gegen das Gutachten von Dr. med. F._____ vorbringt, dringt nicht durch:

3.3.1 Beschwerdeweise macht er unter Hinweis auf die beiden zu seinen Händen erstellten Berichte von Dr. med. D._____ vom 3. Mai (act. II 81 S. 3) und 14. Juni 2016 (act. II 87 S. 15) – welcher im Februar 2014 erst als Gutachter fungierte (act. II 40.1) und in der Folge die Rolle des behandelnden Arztes einnahm (vgl. Beschwerde, S. 5) – insbesondere geltend, der Gutachter habe es unterlassen, den Morbus Bechterew mittels bildgebender Verfahren sowie Laboranalysen weiter abzuklären. Dr. med. F._____ hielt im rheumatologischen Teilgutachten zur medizinischen Relevanz des Morbus Bechterew betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Folgendes fest: „Die eingehende Untersuchung ergab keine Zeichen eines aktiven Morbus Bechterew, das heisst die Diagnose liesse sich rein klinisch gar nicht stellen. Auch die minimalen Veränderungen bei der Bildgebung entsprechen der Klinik, finden sich im Bereiche der ISG doch primär arthrotische Veränderungen und an der LWS lassen sich keine Syndesmophyten nachweisen. Wie schon im Gutachten von 2014 festgehalten fanden sich auch jetzt keine Hinweise auf eine Bechterew-assoziierte Gelenks- und Rückenpathologie. Möglicherweise sind die Bechterew-Beschwerden auch iatrogen induziert, indem man sich in den letzten Monaten vor allem auf diese Krankheit gestürzt hat und der [Beschwerde-

führer], der bis anhin mit seinem Bechterew recht gut zurecht kam, entsprechend gebahnt wurde“ (act. II 70.1 S. 23).

Es ist grundsätzlich dem oder den Gutachtern anheimgestellt zu entscheiden, welche Untersuchungsmethoden sie für die Klärung der sich im Rahmen der Begutachtung stellenden Fragen anwenden. Dass Dr. med. F._____ vorliegend auf eine erneute Radiologie und Laboruntersuchung verzichtet hat, ist – wie schon der RAD-Arzt Dr. med. H._____ in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2016 (act. II 85 S. 2) festhielt – unter den vorliegend gegebenen Umständen nicht zu beanstanden: Zunächst stellt Dr. med. F._____ keineswegs in Abrede, dass der Beschwerdeführer (seit Jahren) an einem Morbus Bechterew leidet, sondern bestätigt diese Diagnose ausdrücklich, weshalb das Vorbringen in der Beschwerde, wonach sich diese Diagnose „rein klinisch gar nicht stellen lasse“ und zu Unrecht auf weitere Abklärungen verzichtet worden sei (S. 5), ins Leere zielt. Sodann lassen entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers bildgebend ausgewiesene (pathologische) Befunde allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zu (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Mai 2016, 9C_646/2015, E. 4.2). Ebenso wenig ist mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob und inwieweit dies zutrifft, beurteilt sich nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet deshalb die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des BGer vom 2. Mai 2016, 9C_664/2015, E. 4.2). Diesen Faktoren trug Dr. med. F._____ im Gutachten hinreichend Rechnung: So erfolgte die Anamneseerhebung umfassend, namentlich auch hinsichtlich der Beschwerdenangaben (act. II 70.1 S. 15 f.); ferner wurden die Ergebnisse der Befunderhebung und die Symptome – gerade auch unter dem Blickwinkel einer potentiell Bechterew-assoziierten Problematik – systematisch und mit Bezug auf die

einzelnen Gelenke detailliert erfasst (S. 17 ff.) und auch das Verhalten des Beschwerdeführers wurde im Gutachten dokumentiert (S. 17). Es bestehen in den Akten weder Hinweise noch wird geltend gemacht, dass Dr. med. F._____ dabei nicht lege artis vorgegangen wäre. Wenn der Gutachter deshalb gestützt auf die von ihm festgestellten, allein bescheidenen funktionellen Beeinträchtigungen der einzelnen Gelenke – namentlich auch mit Bezug auf die Wirbelsäule – hinsichtlich der bisherigen (sitzenden) Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte, ist diese Schlussfolgerung ohne weiteres nachvollziehbar, zumal diese Einschätzung auch von den behandelnden Ärzten des Spitals C._____ gestützt wird (vgl. act. II 57 S. 2). Es bleibt schliesslich anzumerken, dass Dr. med. D._____, welcher die fehlenden Untersuchungen im Gutachten von Dr. med. F._____ beanstandet hat, sich zur Vornahme derselben offensichtlich auch nicht veranlasst sah, als er den Beschwerdeführer letztmals im Dezember 2015 – mithin wenige Wochen vor der Begutachtung durch die Dres. med. F._____ und G._____ – zur ersten Gabe von Humira, einem Medikament zur Behandlung des Morbus Bechterew (vgl. <http://www.swissmedicinfo.ch/Fachinformation>), kontrolliert hatte (vgl. act. II 69.3). Unter diesen Umständen ist in beweismässiger Hinsicht auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Das Gesagte gilt auch mit Bezug auf die weitere Kritik von Dr. med. D._____ am rheumatologischen Gutachten, soweit er geltend macht, Dr. med. F._____ habe hinsichtlich des linken Kniegelenks ebenfalls zu Unrecht auf weitere bildgebende Untersuchungen verzichtet.

3.3.2 Mit Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand kann ohne weiteres auf die (zu Recht unbestritten gebliebenen) Schlussfolgerungen von Dr. med. G._____ im Gutachten vom 25. Februar 2016 (act. II 69.1) abgestellt werden, zumal sie im Wesentlichen mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte übereinstimmt (vgl. act. II 58 S. 2 ff.): Demnach hat sich die zwischenzeitlich aufgetretene Anpassungsstörung milder Ausprägung seit Mitte Januar 2016 wieder gebessert (act. II 69.1 S. 8). Aus psychiatrischer Sicht bestand bzw. besteht keine Einschränkung der

Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (S. 13). Diese medizinische Einschätzung korreliert mit der rechtlichen, sind doch Anpassungsstörungen grundsätzlich nicht invalidisierend (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 34, Rz. 64).

3.3.3 Demnach erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb es der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen nicht bedarf.

3.4 Im bidisziplinären Gutachten der Dres. med. F._____ und G._____ wurde mit Bezug auf eine leichte, knieschonende Arbeit – was der zuletzt und überwiegend am PC ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers im (vgl. act. II 6.1 S. 45; 27 S. 2) entspricht – eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 70.2). Mit Blick auf die in E. 3.1 vorne dokumentierte medizinische Aktenlage – insbesondere auch in Berücksichtigung des rheumatologischen Gutachtens vom 13. Februar 2014 (act. II 40.1), in welchem grundsätzlich ebenfalls eine ganztägige Arbeitsfähigkeit als zumutbar erachtet wurde (S. 17) – beansprucht diese Einschätzung Gültigkeit für den gesamten, bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2016 zu berücksichtigenden Beurteilungszeitraum. Zwar haben die Dres. med. D._____ und E._____ im Gutachten vom 13. Februar 2014 aufgrund der „Veränderungen des linken Beines“ eine Leistungseinschränkung von 20%, entsprechend einem Pausenerfordernis von 1-2 Stunden pro Tag, postuliert (S. 17): Dr. med. F._____ konnte hierfür jedoch keine konkrete medizinische Grundlage benennen und bezeichnete es – nach Rücksprache beim Arbeitgeber des Beschwerdeführers hinsichtlich der konkreten Arbeitszeitregelung – als „Ermessensfrage“, ob diese Pause bei gegebener gleitender Arbeitszeit erforderlich sei (act. II 70.1 S. 24). Indem auch der Suva-Arzt Dr. med. K._____ im Zumutbarkeitsprofil weder mit Bezug auf das linke Knie noch aus anderen gesundheitsbedingten Gründen ein Pausenerfordernis attestierte (vgl. act. II 37.1 S. 57 f.), erweist sich die im Gutachten vom 13. Februar 2014 geltend gemachte Leistungseinschränkung von 20% nicht als überwiegend wahrscheinlich

erstellt. Mit Bezug auf die im Konjunktiv gehaltene Einschätzung von Dr. med. F. _____, „es würde [...] höchstens eine einstündige, zusätzliche Pause pro Arbeitstag verbleiben“ (act. II 70.1 S. 24), bleibt festzuhalten, dass es im Sozialversicherungsrecht einen Beweiswürdigungsgrundsatz „im Zweifel für die versicherte Person“ („in dubio pro assicurato“) nicht gibt.

Die Beschwerdegegnerin hat demnach das Vorliegen einer Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 vorne) zu Recht verneint.

3.5 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 1. Juni 2016 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer 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 öf-

fentlich-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.