

200 17 336 IV  
GRD/BOC/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. Dezember 2017**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. März 2017



## Sachverhalt:

### A.

Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 19. September 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Zur Begründung des Gesuches führte er die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen an: 1964 Schädelbasisbruch mit Taubheit links/Sturz/Schwerhörigkeit rechts; 2005 Hüftgelenk rechts/Skiunfall; 2012 Sturz auf Hand, Ellenbogen, Schulter, Nacken; Operation rechte Hand/Muskel- und Sehnenriss in Schulter, Entzündung in der rechten Handfläche und Mittelfinger (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [act. II] 1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und holte die Akten der für den Unfall vom 3. Juni 2012 zuständigen Unfallversicherung ein (act. II 8.1, 10 f., 18 f., 21.1 - 21.3, 23.2), welche unter anderem ein handchirurgisches Fachgutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus ... vom 25. September 2013 beinhalteten (act. II 21.2).

Gestützt auf eine Anmeldung zum Bezug von Hilfsmitteln vom 26. August 2014 (act. II 38) erteilte die IVB mit Mitteilung vom 23. September 2014 (act. II 42) Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale.

Im weiteren Verlauf reichte der Versicherte bei der IVB ein zusätzliches handchirurgisches Fachgutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus ... vom 4. November 2014 (act. II 51/2 ff.) und ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus ... vom 22. Januar 2015 (act. II 52.1/2 ff.) ein.

Am 12. November 2015 teilte der Versicherte der IVB mit (act. II 63 f.), er sei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, an einem Eingliederungsprogramm teilzunehmen, woraufhin die IVB weitere medizinische Unterlagen einholte (act. II 66, 77 f.; vgl. auch act. II 74). In der Folge schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 16. März 2016 ab (act. II 80) und liess den Versicherten interdisziplinär durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

begutachten (Expertisen sowie interdisziplinäre Beurteilung je vom 29. November 2016 [act. II 114.1, 114.2, 115.1, 115.2] sowie Ergänzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2016 [act. II 118]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 120, 123, 125, 129 f.]) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. März 2017 (act. II 131) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

## **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, am 31. März 2017 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auszurichten, allenfalls unter Rückweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. Juni 2017 erkannte der Instruktionsrichter den vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. Juni 2017 eingereichten Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5) zu den Akten.

Am 23. Oktober 2017 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2017 ein (Akten des Beschwerdeführers [act. Ia] 1).

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 8. März 2017 (act. II 131). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen 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).

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

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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).

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).

**2.5** 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).

### **3.**

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im Bericht vom 5. Dezember 2013 (act. II 23.2) zu der am gleichen Tag durchgeführten Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II 23.2/6):

- Sturz von einer Mauer auf die rechte Seite am 3. Juni 2012 mit diversen Kontusionen
- Schulter-Arm-Syndrom rechts
- Status nach Karpaltunnelspaltung rechts und Ringbandspaltung A1 Dig. III rechts 21. November 2012
- Partiailläsion der Rotatorenmanschette rechts (Supraspinatus und Infraspinatus)

Als Suva-fremde Diagnose gab Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Folgende an:

- Status nach Hüfttotalprothese rechts 2005, Spital G. \_\_\_\_\_

Der Kreisarzt hielt fest (act. II 23.2/7), es werde ein Zumutbarkeitsprofil erstellt, welches sich auf die somatischen, strukturellen Unfallfolgen beziehe, in diesem Fall entspreche dies der Partiailläsion von Supraspinatus und Infraspinatus an der Rotatorenmanschette. Es werde folgendes Zumutbarkeitsprofil definiert: Der Beschwerdeführer sei nicht mehr fähig, schwere und schwerste körperliche Arbeit zu leisten. Zumutbar sei eine Arbeit der Kategorie leicht bis mittelschwer, ohne Einsatz der rechten Schulter über der Horizontalen und ohne Einsatz der rechten Schulter für repetitive kraftverlangende Bewegungen. Kein Heben und Manipulieren mit Lasten mit der rechten Schulter über der Horizontalen. Kein repetitives Heben von Lasten isoliert mit der rechten Hand über 10kg. Vibrationen und Schlagbelastungen seien zu vermeiden. Die Fähigkeit auf Leitern und Gerüsten oder auf dem Dach zu arbeiten, sei eingeschränkt.

**3.2** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhyno-Laryngologie, hielt im Überweisungsbericht vom 9. Juli 2014 (act. II 40/7) an Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhyno-Laryngologie, fest, seit einem Sturz auf den Hinterkopf im Kleinkindesalter bestehe eine an Taubheit grenzende Hörminderung links. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe es sich damals um eine Felsenbeinfraktur gehandelt. 2010 habe ihn der Beschwerdeführer erstmals aufgesucht, nachdem im Anschluss an einen

Sturz auf den Hinterkopf eine Hörminderung und ein Tinnitus rechts aufgetreten seien. Die damalige Therapie mit Cortison habe die damals festgestellte Hörminderung rechts nur teilweise gebessert. Aktuell beklage er erneut eine Verschlechterung des Gehörs mit massiven Verständigungsschwierigkeiten. Das aktuelle Reintonaudiogramm zeige eine massive Verschlechterung der Hörschwelle rechts. Allerdings scheine ihm, dass der Beschwerdeführer ihn für eine so schlechte Hörschwelle zu gut verstehe. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ werde daher um eine Hirnstammaudiometrie mit Schwellenbestimmung gebeten.

**3.3** Im handchirurgischen Fachgutachten vom 4. November 2014 (act. II 51/2 ff.; vgl. auch das Gutachten vom 25. September 2013 [act. II 21.2], bei welchem von einem noch nicht stabilen Dauerstand berichtet wurde) gab Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus ... als Zusammenfassung der wesentlichen Unfallfolgen eine schmerzhaft funktionseinschränkende der rechten Hand mit Kraftdefizit und Sensibilitätsstörung nach Distorsion und nachfolgender Karpaltunnel-Operation sowie A1-Ringbandspaltung D III rechts an. Weiter führte er aus, nicht nachzuvollziehen sei die Kraftmessung am Jamar-Dynamometer, in der nur 4kg mit der rechten Hand gedrückt worden seien, bei ausgeprägter seitengleich kräftiger Muskulatur der Ober- und Unterarme. Sollten wirklich nur 4kg gedrückt werden können, müssten eine Atrophie der Muskulatur und eine deutliche Umfangsdifferenz zur Gegenseite vorliegen. Weiter lasse sich die Schonhaltung der rechten Hand unterbrechen, ferner bestehe eine gute passive Beweglichkeit des rechten Handgelenks und der Finger. Die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand/des rechten Armes sei gegenüber der vollen Gebrauchsfähigkeit um 1/10 beeinträchtigt.

**3.4** Im orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten vom 22. Januar 2015 (act. II 52.1/2 ff.) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auch ... fest, die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes sei gegenüber der vollen Gebrauchsfähigkeit zurzeit um 3/20 Arm beeinträchtigt. Dies könne damit begründet werden, dass im Bereich der rechten Hand eine Gebrauchsbeeinträchtigung um 1/10 Hand bestehe, welche Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Handgelenkes, ein Schmerzsyndrom der rechten Hand mit Kraftverlust, reduziertem Bewegungsausmass und Gefühlsminderung der

rechten Hand berücksichtige. Ausserdem sei eine stattgehabte Carpaltunneloperation und Ringbandspaltung D III rechts in die Bewertung einbezogen worden. Die Funktionsbeeinträchtigung von 1/10 Hand sei befundgerecht. Bei der Epicondylitis humeri radialis handle es sich um eine Tendinose, die im vorliegenden Fall unfallunabhängig sei. Im vorliegenden Fall seien an Pathologika im Bereich des rechten Schultergelenkes die folgenden festzustellen:

- Impingement-Syndrom mit typischen schmerzhaften Bogen bei aktiver Abduktion
- Schmerzhaft funktionseinschränkung des rechten Schultergelenkes
- Radiologisch sichtbare AC-Gelenksarthrose
- MRI-Nachweis einer Teilruptur der Supraspinatussehne bei praevalenter AC-Gelenksarthrose und Acromionsporn sowie subacromialer Enge.

**3.5** Im Bericht der psychiatrischen Dienste des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2016 (act. II 78) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), bestehend seit zirka 1997
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), bestehend seit zirka 2002.

Die behandelnden Ärzte attestierten in der Tätigkeit als ... seit dem 3. Juni 2012 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und hielten fest, auf geistig psychischer Ebene bestünden die für mittelgradige Depressionen typischen Einschränkungen: Verminderte Konzentrationsfähigkeit mit konsekutiv erhöhter Fehleranfälligkeit und zeitliche Ineffizienz (durch die Fehler selbst, aber auch durch notwendige Eigenkontrollen). Hierzu komme ebenfalls konsekutiv eine vorzeitige geistige Erschöpfbarkeit. Verminderte Stresstoleranz mit der Notwendigkeit häufigerer Pausen sowie potentiell hierdurch auch erhöhte Anfälligkeit für interpersonelle Konflikte (act. II 78/4). Auf geistig-psychischer Ebene sollte nach Reduktion der depressiven Symptome eine Teilarbeitsfähigkeit erreichbar sein, jedoch sei derzeit nicht abschätzbar, in welchem Umfang (act. II 78/5). Zur Prognose wurde festgehalten, in Anbetracht der rezidivierenden Natur der depressiven Erkrankung sowie der komorbiden chronischen Schmerzstörung erscheine die Prognose ungünstig, insbesondere da der Beschwerdeführer bislang keinen Ansatz

eines neurobiologisch-psycho-somatischen Krankheitsverständnisses habe entwickeln können. Es bestünden weiterhin massive Ängste im Hinblick auf einen Arbeitsversuch jeglicher Natur, so dass ein solcher aus psychiatrischer Sicht mittelfristig unrealistisch erscheine (act. II 78/4).

**3.6** Im Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2016 (act. II 109) führten die behandelnden Ärzte als Diagnose persistierende Gonalgien rechtsseitig bei Morbus Ahlback Knie rechts auf. Zu den Befunden der klinischen Untersuchung des rechten Knies wurde Folgendes festgehalten: Entlastungshinken rechtsseitig. Varische Beinachse. Quadricepsmuskulatur rechtsseitig im Seitenvergleich um zirka 1.5 cm im Umfang vermindert. Regelmäßiger Quadrizepsmuskeltonus beidseits. Allenfalls diskreter Gelenkerguss. Keinerlei Druckdolenz auslösbar. Flexion/Extension 140-0-0°, Flexion endgradig schmerzhaft. Bandapparat stabil. pDMS erhalten. Weiter wurde festgehalten, ein Jahr nach Erstdiagnose des Morbus Ahlback rechtsseitig zeige sich der zu erwartende Verlauf. Es persistierten rechtsseitig Gonalgien, diese träten vor allem belastungsabhängig auf. Der Therapieoption Kniearthroskopie mit Anbohren der Defektzone stehe der Beschwerdeführer zurückhaltend gegenüber. Aus diesem Grund werde eine konservative Therapie mit Stockentlastung für zwei Monate sowie zusätzlicher Irfen-Einnahme vereinbart. Im Bericht vom 22. November 2016 (act. II 111) gaben die behandelnden Ärzte zusätzlich an, mit geeigneten beruflichen Massnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining) sei eine Steigerung möglich und zumutbar.

### **3.7**

**3.7.1** Im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen interdisziplinären Begutachtung führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten vom 29. November 2016 (act. II 114.1) die folgenden Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 114.1/9):

1. Hörbehinderung
2. Periarthropathia humeroscapularis rechts

Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gab weiter an (act. II 114.1/14), insgesamt beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Um-

fang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Weiter gab der Gutachter an (act. II 114.1/16 f.), die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, nachdem der Beschwerdeführer seine berufliche Tätigkeit, zuletzt als ..., nach seiner Kündigung auf Ende 10/10 aufgegeben habe, hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit zu beurteilen. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Berufliche Tätigkeiten, die belastender seien als jene einer angepassten Verweistätigkeit, seien nicht mehr zumutbar. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Die angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Der Einsatz der rechten Hand oberhalb der Schulterhöhe sei zu vermeiden, sofern der rechte Ellenbogen nicht abgestützt werden könne. Berufliche Tätigkeiten, bei denen der rechte Arm Vibrationen und Schlägen ausgesetzt sei, sollten vermieden werden. Die berufliche Tätigkeit müsse trotz eingeschränktem Hörvermögen möglich sein, entsprechend der früheren beruflichen Tätigkeiten. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, ärztlicherseits längerdauernd attestierte Arbeitsunfähigkeiten, Alter des Beschwerdeführers, ungünstige Arbeitsmarktsituation am Wohnort und möglicherweise die limitierte Motivation, auswirken.

**3.7.2** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. November 2016 (act. II 115.1) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 115.1/7). Der Gutachter hielt fest (act. II 115.1/10), es gebe keine objektivierbaren Befunde auf psychiatrischem oder psychosomatischem Gebiet. Der Beschwerdeführer beurteile sich als

körperlich krank. Er weise auf die diversen, in den Akten grossteils dokumentierten Krankheiten hin. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ werde in seinem Gutachten die Frage beantworten, ob es rheumatologisch-somatische Befunde gebe, welche die starken Schmerzen erklärten. Soweit dies nicht der Fall sei, sei an eine psychosomatische Überlagerung der Schmerzen zu denken. Der Beschwerdeführer zeige die entsprechende Symptomatik der ICD-10 jedoch kaum: Er sei auf die Schmerzen nicht fixiert und äussere keine hypochondrischen Befürchtungen. Zudem seien die Schmerzen nicht ständig quälend, diese sprächen auf therapeutische Massnahmen günstig an. Lebensprobleme führten nicht zu einer Verstärkung der Schmerzen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung lasse sich zusammenfassend nicht ausweisen (act. II 115.1/8). Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. F.\_\_\_\_\_ an (act. II 115.1/9), da sich weder ein psychiatrisches noch eine psychosomatisches Leiden finde, könne keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Eine psychiatrisch-psychologische Therapie sei nicht notwendig, was auch für eine medikamentöse Behandlung gelte. Zudem gab Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als soziale Belastungen, welche direkt negative Folgen zeitigen, Erwerbslosigkeit und bevorstehende finanzielle Probleme an (act. II 115.1/11).

**3.7.3** In der interdisziplinären Beurteilung vom 29. November 2016 (act. II 114.2 und 115.2) führten die Gutachter Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ aus, in der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtigte, könne für die zuletzt in der Schweiz mehrjährig ausgeübten beruflichen Tätigkeiten und für eine angepasste Verweistätigkeit für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden.

**3.8** Am 2. Dezember 2016 nahm Dr. med. E.\_\_\_\_\_ auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin Stellung zu zwei zusätzlichen ärztlichen Berichten. Der Gutachter hielt fest (act. II 118), im orthopädischen Konsiliumsbericht vom 1. November 2016 (act. II 109) werde auf persistierende Knieschmerzen rechts hingewiesen. Es werde nicht erwähnt, dass in diesem Zeitraum die MRI-Befunde geändert hätten, was im Gutachten diskutiert worden sei. Unter anderem werde in diesem Konsiliumsbericht vom 1.

November 2016 erwähnt, dass der Verlauf, wie zu erwarten, verzögert sei. Was mit der Angabe „wie zu erwarten“ gemeint sei, bleibe unklar. Er nehme zur Kenntnis, dass in der Befundbeschreibung dieses Konsiliumsberichtes vom 1. November 2016 erwähnt werde, dass die Quadrizepsmuskulatur rechtsseitig um 1.5 cm im Umfang vermindert sei im Vergleich zur linken Seite und dass anlässlich der (gutachterlichen) klinischen Untersuchung vom 24. November 2016 Messwerte mit symmetrischen Umfängen bezüglich der Ober- und der Unterschenkelmuskulatur ermittelt worden seien. Im IV-Arztbericht vom 22. November 2016 (act. II 111) werde auf seit Sommer 2015 bestehende Knieschmerzen hingewiesen. Die Orthopäden des Spitals G.\_\_\_\_\_ seien offenbar der Meinung, dass eine Steigerung der Belastbarkeit möglich und zumutbar sei. Die damals beschriebenen Befunde seien nicht mit einem Datum der Befunderhebung vermerkt. Die damals beschriebene Abschwächung der Quadrizepsmuskulatur könne er unterdessen nicht mehr bestätigen. Mit den zugestellten Berichten vom 1. November 2016 und vom 22. November 2016 ergäben sich keine neuen Aspekte im Vergleich zum Gutachten vom 29. November 2016.

#### **4.**

**4.1** Das interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 29. November 2016 (act. II 114.1, 114.2, 115.1, 115.2) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4 hiavor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

Was der Beschwerdeführer dagegen – insbesondere gegen das Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ – vorbringt, ist nicht stichhaltig.

**4.1.1** Vorweg ist festzuhalten, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ angegeben hat (act. II 114.1/11), aufgrund der Ergebnisse der Begutachtung bestünden Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objekti-

vierbaren Befunden. Dies hat er unter Verweis auf seine Befunde und die Akten einlässlich begründet. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann er hinsichtlich der rechten Schulter, des rechten Armes und der rechten Hand aus den Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2014 (bzw. vom 25. September 2013) und 22. Januar 2015 (act. II 21.2, 51/2 ff., 52.1/2 ff.) nichts zu seinen Gunsten ableiten. Auch im Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2014 (act. II 51/2 ff.) wurde bei der Kraftmessung an der rechten Hand auf Diskrepanzen zwischen dem geringen Messresultat und der trotzdem seitengleich ausgebildeten Ober- und Unterarmmuskulatur hingewiesen. Ausserdem hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar festgehalten (act. II 114.1/10), dass er die jeweils in diesen handchirurgischen Gutachten erwähnten Befunde mit Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen oder Kraftabschwächungen bei der Begutachtung im November 2016 nicht mehr bestätigen konnte. In der Folge führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ schlüssig und überzeugend aus (act. II 114.1/11), damit habe sich der Gesundheitszustand seit den handchirurgischen Gutachten, die in ... durchgeführt worden seien, bezüglich der klinischen Befunde jeweils verbessert. Weiter gab Dr. med. E. \_\_\_\_\_ an (act. II 114.1/15 f.), wenn mit der im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2015 (act. II 52.1/2 ff.) gemachten Angabe der beeinträchtigten Gebrauchsfähigkeit von 3/20 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemeint sei, würde dies einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15 % entsprechen. Eine derartige Einschränkung könne er aufgrund der Ergebnisse seiner aktuellen Begutachtung für eine angepasste Verweistätigkeit nicht bestätigen. Sodann verweist Dr. med. E. \_\_\_\_\_ darauf (act. II 114.1/4), dass der Beschwerdeführer in abgelenkter Situation seine Arme beidseits funktionell ungehindert eingesetzt habe, zum Beispiel, wenn er sich auf der Untersuchungsliege selber von der Bauch- in die Rückenlage mobilisiere.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 6 Ziff. 8.1) ist auch keine neurologische Begutachtung erforderlich, da Dr. med. E. \_\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung im November 2016 an der rechten Hand keine Sensibilitätsstörungen mehr bestätigen konnte (act. II 114.1/10) und er sich einlässlich und überzeugend auch mit dieser Seite der geschilderten Beschwerden auseinandergesetzt hat. Dass er selbst

dabei nicht über den Facharztstitel der Neurologie verfügt, ändert daran nichts. Auch wenn nicht in der Kernkompetenz des Rheumatologen liegend, ist dieser durchaus befähigt und befugt, die im Schnittstellenbereich liegenden Beschwerden anhand der Befundlage zu beurteilen. Angesichts der auch von den behandelnden Ärzten nicht abweichend erhobenen Befundlage überzeugt seine Einschätzung. Schliesslich überzeugt es auch, wenn Dr. med. E. \_\_\_\_\_ festhält (act. II 114.1/16), er könne das Zumutbarkeitsprofil, wie es im Suva-Kreisarztbericht vom 5. Dezember 2013 (act. II 23.2/7) erwähnt werde, aktuell weitgehend bestätigen. Mit dem von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf somatischer Ebene formulierten Zumutbarkeitsprofil (act. II 114.1/17) wurde den am rechten Arm bestehenden Einschränkungen vollumfänglich Rechnung getragen.

**4.1.2** Dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Kniegelenke, insbesondere des Kniegelenks rechts, sein Fachgebiet verlassen würde (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 9.5), ist nicht ersichtlich. Er führt diesbezüglich nachvollziehbar und schlüssig aus (act. II 114.1/13), die Kniegelenke seien, klinisch beurteilt, unauffällig und insbesondere ohne eine die Altersnorm überschreitende retropatellare Krepitation und ohne einen Hinweis auf ein Meniskuszeichen, einen Gelenkserguss oder auf eine Gelenkinstabilität bei einer Flexion/Extension von je 130-0-0°. Die Ober- und Unterschenkelmuskulatur sei symmetrisch ausgebildet und ein Hinweis auf eine Muskelhypothrophie oder auf eine Parese bestehe nicht. Das heisse konkret, dass der Beschwerdeführer höchstens phasenweise im Rahmen seiner schmerzvermittelnden Mimik und Gestik ein Hinken demonstriere. Ein anhaltendes Hinken müsste hingegen zu einer Muskelhypothrophie führen und eine solche sei aktuell nicht ausgewiesen bei unter anderem symmetrischer Gesäss-, Ober- und Unterschenkelmuskulatur und symmetrischen Umfangmessungen. Die mitgebrachten Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks vom 28. Oktober 2016 dokumentierten normale Befunde in allen Gelenkskompartimenten. Das heisse konkret, dass die im Befundungsbericht der MRI-Abklärung des rechten Kniegelenkes vom 27. Oktober 2015 beschriebene Bone bruise im Bereich des lateralen Femurkondylus folgenlos abgeheilt sei, zumal dieser Befund in der zu dieser Begutachtung mitgebrachten MRI-Abklärung vom 23. August 2016 nicht mehr dokumentiert werde. In dieser letztdatierten MRI-Abklärung des

rechten Kniegelenkes vom 23. August 2016 komme neu eine osteochondrale Läsion im Bereich des medialen Femurkondylus zur Darstellung. Es handle sich um einen diskreten Befund, der bis hin zu den aktualisierten Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks nicht zu einem korrelierenden konventionell-radiologischen Befund geführt habe. Mit diesen MRI-Befunden könne nachvollzogen werden, dass der Beschwerdeführer seine Beine symmetrisch belaste, so dass sich keine Muskelhypothrophie ausgebildet habe. Schliesslich hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Dezember 2016 darauf hingewiesen, dass die in den Berichten vom 1. November 2016 (Untersuchungsdatum: 28. Oktober 2016 [act. II 109/2]) und 22. November 2016 (Untersuchungsdatum: 28. Oktober 2016 [act. II 111/2]) abgeschwächte Quadrizepsmuskulatur rechtsseitig anlässlich der (gutachterlichen) klinischen Untersuchung vom 24. November 2016 nicht habe bestätigt werden können. Sodann hat sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auch mit den rheumatologisch orientierten Berichten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 12. März 2013 (act. II 8.1/69 ff.), 22. April 2013 (act. II 8.1/90 ff.), 3. Juni 2013 (act. II 8.1/105 f.) und 8. Juli 2013 (act. II 8.1/116) auseinandergesetzt und schlüssig sowie überzeugend dargelegt, dass gestützt auf die darin gemachten Angaben keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne.

Sowohl der Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2017 (MR des rechten Knies [act. I 5]), in welchem ein deutlicher Befundprogress mit nunmehr Osteochondrosis im Stadium 4-5 nach Kramer festgehalten wurde, als auch derjenige des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. Ia] 1), in welchem dem Beschwerdeführer hinsichtlich des rechten Knies bei wieder zunehmenden Beschwerden eine Umstellungsosteotomie zur Entlastung des medialen Femurkondylus empfohlen wird – beide im vorliegenden Verfahren eingereicht –, haben hier unberücksichtigt zu bleiben, da sie nach dem vorliegend relevanten Beurteilungszeitpunkt (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2017 – verfasst wurden.

**4.1.3** Aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit einem am TT. MM. 2002 erlittenen Skiunfall bezüglich der rechten Hüfte eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen worden war (Beschwerde S. 8 Ziff. 9.3; act. II 125/6), kann er in Bezug auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens, welche sich nach dem medizinischen Befund beurteilt. Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E. 3c S. 35) und ist unabhängig von speziellen persönlichen oder beruflichen Beeinträchtigungen (vgl. act. II 125/6) resp. sagt als solcher nichts über die Arbeitsfähigkeit aus. Der Beschwerdeführer konnte denn auch seine letzte Tätigkeit trotz der Hüftprobleme ausüben. Im Übrigen wurde der betreffende Zustand an der rechten Hüfte hinreichend in die gutachterliche Beurteilung einbezogen.

**4.1.4** Soweit der Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf den Bericht der RAD-Ärztin med. prakt. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 2. März 2017 (act. II 129) implizit geltend macht, er könnte die bisherige Tätigkeit als ... im M. \_\_\_\_\_ entgegen der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nicht mehr ausüben, ist mit der RAD-Ärztin med. prakt. L. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 30. Mai 2016 [act. II 84]) festzuhalten, dass die erwähnte, zuletzt ausgeübte Tätigkeit als überwiegend leichte bis manchmal mittelschwere Tätigkeit zu qualifizieren ist, bei welcher der Beschwerdeführer sämtliche schweren Tätigkeiten an (gemäss eigenen Angaben [act. II 4/2] 30) Untergebene delegieren konnte (vgl. den Fragebogen für Arbeitgebende vom 15. November 2013 [act. II 19], wo festgehalten wurde, der Beschwerdeführer habe es bestens verstanden die Arbeiten zu delegieren; er habe sich nie überarbeitet [act. II 19/5]).

**4.1.5** Weiter kann der Beschwerdeführer aus dem Bericht des Chiropraktors Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2017 (act. II 130), in welchem das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ kritisiert wird, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn der Chiropraktor stützt sich in seiner Argumentation auf die – wie bereits erwähnt (vgl. E. 4.1.1 hiervor) – hier nicht aussagekräfti-

gen Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2014 (bzw. 25. September 2013) und 22. Januar 2015 (act. II 21.2, 51/2 ff., 52.2 ff.). Sodann wurde ebenfalls bereits festgehalten (vgl. E. 4.1.2 hiervor), dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die Situation an den Kniegelenken, insbesondere rechts, schlüssig und überzeugend beurteilt hat; die Ausführungen der Chiropraktors Dr. N. \_\_\_\_\_ vermögen daran nichts zu ändern. Zudem gab die RAD-Ärztin med. prakt. L. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 2. März 2017 (act. II 129) nachvollziehbar und überzeugend an, der Rheumatologe (Dr. med. E. \_\_\_\_\_) belege mit seinem aktuellen Röntgen des Knies, dass es keine Hinweise auf eine Inaktivitätsosteopenie gebe, welche jedoch auftreten würde, wenn der Beschwerdeführer seit zwölf Monaten sein rechtes Bein entlastet hätte, das MRI (vom 23. August 2016 [act. II 98/2]) sei nicht ganz zehn Monate nach dem ersten (vom 27. Oktober 2015 [vgl. act. II 74/2]) gemacht worden und habe auch keine Inaktivitätsosteopenie gezeigt. Eine monatelange Schonung der unteren Extremität schmerzbedingt bei fehlenden radiologischen Anzeichen einer Osteopenie weder zehn noch zwölf Monate nach Auftreten der Einschränkung 10/15 relativiere somit die Angaben des Beschwerdeführers gewaltig. Schliesslich kann hinsichtlich der Auffassung von Dr. N. \_\_\_\_\_, wonach die Hörbeeinträchtigung – wie sie im heutigen Zeitpunkt vorliege – eine echte Behinderung und Einschränkung bei der Verwertbarkeit der Arbeitskraft darstelle (act. II 130/3), auf die nachfolgenden Ausführungen betreffend Gehör verwiesen werden (vgl. E. 4.1.6 hiernach).

**4.1.6** Soweit der Beschwerdeführer vorbringt (Beschwerde S. 6 Ziff. 8.1), in Bezug auf die Verschlechterung des rechten Gehörs bestehe eine unklare Aktenlage, ist festzuhalten, dass die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Juli 2014 (act. II 40/7) angesprochene, aber von ihm bezweifelte Verschlechterung des rechten Gehörs mittels einer weiteren Untersuchung durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2014 (act. II 40/8 - 11) bestätigt wurde; Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt in der Beurteilung fest, Innenohrschwerhörigkeit (IOS) rechts von 60 bis 70dB bestätigt, Taubheit links. Folglich besteht diesbezüglich kein zusätzlicher Abklärungsbedarf. Weiter wurde dem Beschwerdeführer von Seiten der Invalidenversicherung eine Hörgeräteversorgung finanziert (act. II 42), welche ihm aber aus rein subjektiver Sicht keine Hilfe war (act. II 45). Mit Hörgeräteversorgung sind dem

Beschwerdeführer jedoch Tätigkeiten wie er sie bisher in der Schweiz ausgeübt hat oder andere leidensangepasste Tätigkeiten zumutbar.

**4.2** In psychischer Hinsicht hat Dr. med. F.\_\_\_\_\_ schlüssig und überzeugend dargelegt (act. II 115.1/8), dass beim Beschwerdeführer keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt. Sodann hat er nachvollziehbar begründet, weshalb die im Bericht der psychiatrischen Dienste des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2016 (act. II 78) aufgeführten Diagnosen nicht zutreffend seien. Er gab diesbezüglich an (act. II 115.1/9), die Diagnose F33.11 sei nicht nachvollziehbar. 1997 habe eine Überforderungssituation bestanden, nicht eine depressive Episode. Zudem seien aktuell keine Symptome vorhanden, welche eine depressive Episode begründen würden. Weiter seien es nicht psychische Gründe, weshalb der Beschwerdeführer gelegentlich Mühe mit der Konzentration habe, vielmehr trete diese Schwierigkeit wegen der Schwerhörigkeit auf. Im Weiteren habe er gemäss seinen Angaben nie Morphin- oder Opiumtinkurtropfen erhalten. Auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren lasse sich nicht stellen, da die Kriterien der ICD nicht erfüllt seien.

**4.3** Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass sowohl Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als auch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ invaliditätsfremde Faktoren (u.a. Arbeitsabstinenz [act. II 114.1/17, 115.1/11]) erwähnen, welche ungünstige Auswirkungen auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess haben.

**4.4** Da nach dem Dargelegten auf die voll beweiskräftige rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 29. November 2016 (act. II 114.1, 114.2, 115.1, 115.2) abzustellen ist, erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere Abklärungen. Dem Beschwerdeführer sind damit die zuletzt in der Schweiz mehrjährig ausgeübten beruflichen Tätigkeiten und angepasste Verweistätigkeiten uneingeschränkt zumutbar (vgl. act. II 114.2, 115.2). Damit erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs.

**4.5** Die Beschwerde erweist sich nach dem Dargelegten als unbegründet und ist abzuweisen.

**4.6** Bei diesem Ergebnis braucht allfälligen zwischenstaatlichen sozialversicherungsrechtlichen Konkurrenzfragen, insbesondere hinsichtlich des seit früher Kindheit bestehenden Hörschadens (vgl. act. II 114.1/3) sowie Fragen nach allfällig ungerechtfertigtem (versuchtem) doppeltem Leistungsbezug (auch unfallversicherungsrechtlich), die sich nicht zuletzt aufgrund der inzwischen unklaren Wohnsituation (Schwerbehindertenausweis für ... mit Adresse in ... [vgl. act. II 54/2 - 5], ... Führerausweis [act. II 92/2], der im Falle des Wohnsitzes in der Schweiz eigentlich schon längst hätte umgeschrieben werden müssen [Art. 42 Abs. 3<sup>bis</sup> der Verordnung vom 27. Oktober 1976 über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr {Verkehrszulassungsverordnung, VZV; SR 741.51}]) zu ergeben scheinen, nicht näher nachgegangen zu werden.

## **5.**

**5.1** 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus 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):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. Oktober 2017 inklusive Beilagen)
  - 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.