

200 17 88 IV  
KNB/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. April 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Bundesgasse 26,  
Postfach 3258, 3001 Bern

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2016



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene, aus ... stammende und 1995 in die Schweiz eingereiste A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich am ... 2010 bei einem Überfall diverse Verletzungen (insbesondere eine Commotio cerebri sowie diverse Schnittverletzungen am Kopf und am Thorax) zu (Akten der IV-Stelle Bern, [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1 S. 1; 3 S. 1; 12.13). Im weiteren Verlauf wurde eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) diagnostiziert (act. II 12.12 S. 7; 16 S. 1).

Am 20. Oktober 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf die gesundheitlichen Folgen des Überfalls vom ... 2010 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 1). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen und zog medizinische Berichte sowie die Akten des zuständigen Unfallversicherers C.\_\_\_\_\_ bei. Im Dezember 2011 (act. II 23) erteilte sie Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining, welches anfangs Februar 2012 abgebrochen wurde, nachdem der Versicherte krankgeschrieben worden war (vgl. Protokoll, Eintrag vom 1. März 2012 [in den Gerichtsakten]; act. II 31 S. 2; 33). Gleichzeitig begab sich der Versicherte in (teil-)stationäre sowie ambulante psychiatrische Behandlung (act. II 42; 46; 47.2; 51), welche er ebenfalls wiederholt abbrach. Im Mai 2013 erteilte die IVB Kostengutsprache für ein Aufbautraining (act. II 57), welche sie im August 2013 verlängerte (act. II 69). Wegen hoher Ausfallzeiten wurde auch diese Massnahme per Ende Oktober 2013 vorzeitig beendet (act. II 86 S. 3; 87; Protokoll, Eintrag vom 6. November 2013 [in den Gerichtsakten]). Die im weiteren Verlauf erfolgte stationäre sowie die im Anschluss daran erfolgte ambulante psychiatrische Behandlung brach der Versicherte Ende Juli 2014 bzw. im März 2015 ab (act. II 109.3 S. 3; 135.1 S. 31). In der Folge stellte die C.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 30. März 2015 (Akten der IVB, [act. IIA], 150.124) die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2015 in Aussicht, erklärte mit Schreiben vom 12. Oktober 2015 (act. IIA 151 S. 12) indes die rückwirkende Wiederausrichtung der Taggelderleistungen per 1. Juni 2015. Derweil liess die IVB

den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 119 S. 7) durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_, bidisziplinär begutachten (Expertise vom 28. Dezember 2015 [act. II 135.1]) und stellte ihm hernach mit Vorbescheid vom 15. Juni 2016 (act. II 142) bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 143 S. 1-7), woraufhin die IVB eine Stellungnahme bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, einholte (act. II 146). Am 15. Dezember 2016 (act. II 147) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt. Mit weiterer (und unangefochten gebliebener) Verfügung vom 16. Dezember 2016 (act. II 148) wies sie das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren ab.

Mit Schreiben vom 21. Februar 2017 (Akten des Versicherten, [act. I], 6) teilte die C.\_\_\_\_\_ dem Versicherten mit, die Heilungskosten und Taggeldleistungen würden per 30. April 2017 eingestellt. Betreffend Invalidenrente und Integritätsentschädigung werde eine separate Verfügung erlassen.

## **B.**

Gegen die Verfügung vom 15. Dezember 2016 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 30. Januar 2017 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 15. Dezember 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 15. Dezember 2016 sei aufzuheben und die Sache sei zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend, entgegen der IVB liege ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor, nachdem medizinisch eine (psychisch bedingte) Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden sei. Sodann sei

für die Festsetzung des Invalideneinkommens von der erwerblichen Situation auszugehen, in welcher der Beschwerdeführer konkret stehe. Anfang Januar 2017 habe er im Bereich Sicherheits- und Verkehrsdienst eine Stelle antreten können, welche dem geforderten Zumutbarkeitsprofil entspreche. Der monatliche Verdienst betrage hochgerechnet bei einer Tätigkeit von 100% gerundet Fr. 45'167.--. Unter Berücksichtigung der 50%igen Erwerbs(un)fähigkeit sei demnach von einem Invalideneinkommen von Fr. 22'583.50 auszugehen, was gestützt auf das von der IVB errechnete Valideneinkommen von Fr. 59'532.-- einen Invaliditätsgrad von 62% ergebe. Selbst bei einem Abstellen auf die Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) sei unter Berücksichtigung einer 50%igen Erwerbsunfähigkeit und abzüglich eines diesfalls vorzunehmenden Leidensabzugs von 25% von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 23'207.50 auszugehen, womit ein Invaliditätsgrad von 61% und somit wiederum ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente resultiere.

Mit weiterer Eingabe vom 30. Januar 2017 stellt der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Beschwerdeverfahren.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie zusammengefasst geltend, aufgrund der auch betreffend eine PTBS zu prüfenden Standardindikatoren sei ein psychisch bedingter invalidisierender Gesundheitsschaden nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Demnach sei allein das orthopädische Zumutbarkeitsprofil massgebend, weshalb – entgegen dem Beschwerdeführer – für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE abzustellen und der verfügungsweise ermittelte Invaliditätsgrad nicht zu beanstanden sei.

Mit Eingabe vom 16. März 2017 hält der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Dezember 2016 (act. II 147). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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). Er-

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

**2.3** 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 ... 2010 wurde der Beschwerdeführer im Notfallzentrum des Berner Inselspitals behandelt. Im entsprechenden Bericht (act. II 3 S. 1-4) wurden eine *Commotio cerebri*, Schnittverletzungen im Gesicht rechts

(welche operativ versorgt wurden [vgl. act. II 8 S. 1]) und im Nacken sowie am Thorax, zwei Rissquetschwunden, eine Reizung der Konjunktiven beidseits mit Pfefferspray, eine Kontusion des Thorax sowie eine akute Belastungsreaktion diagnostiziert (S. 1). Der Beschwerdeführer habe berichtet, von ca. 10 Männern zusammengeschlagen worden zu sein. Ein CT des Schädels habe keine Hinweise für eine frische ossäre Läsion bzw. Verletzung tiefer liegender Strukturen im Bereich der multiplen Schnittverletzungen ergeben. Abdomen und Thorax seien unauffällig gewesen (S. 3). Im Mai 2011 wurde bei diagnostizierter PTBS eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als indiziert erachtet (act. II 7 S. 2).

**3.1.2** Im Bericht vom 19. September 2011 (act. II 12.12 S. 1 f.) hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die Verletzungen verursachten noch somatische Beschwerden, die schwer von der PTBS trennbar seien. Vordergründig sei aktuell die PTBS die Ursache der fortbestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (S. 1).

Im Bericht vom 3. Dezember 2011 (act. II 16 S. 1-5) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, wegen der PTBS sei es für den Beschwerdeführer schwierig, die Termine bei der Physio- und Psychotherapie wie auch beim Hausarzt wahrzunehmen; er äussere aber sein Bestreben, sämtliche Behandlungen wieder aufzunehmen (S. 2). Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit könne er aktuell nicht beurteilen (S. 3).

**3.1.3** Vom ... bis ... 2012 war der Beschwerdeführer auf der psychiatrischen Abteilung des Spitals I.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 4. September 2012 (act. II 42) wurde als psychiatrische Diagnose eine Anpassungsstörung mit akuter Belastungsreaktion nach Gewalterlebnis und körperlicher Verletzung am ... 2012 festgehalten (S. 1). Der Beschwerdeführer sei am „.... oder ... 2012“ zusammen mit seinem Bruder angegriffen worden. Er habe grosse Ängste und Unsicherheiten. Am ... 2012 habe er die Station ohne Vereinbarung verlassen, sei jedoch in der Nacht vom .... auf den ... 2012 ohne Vorankündigung wieder zurückgekehrt (S. 2). Im Rahmen der erweiterten Gespräche, aber auch der Einzelgespräche sei versucht worden, unterschiedliche Tagesstrukturen zu evaluieren, jedoch seien sie dabei auf Widerstand gestossen, der

während der kurzen Aufenthaltsdauer nicht habe weiter charakterisiert werden können. Die Vorstellung der Fortsetzung der Tagesklinik habe den Beschwerdeführer gekränkt und sei von ihm verweigert worden (S. 3).

Ferner hielten die behandelnden Ärzte im Rahmen der Anamnese fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit August 2011 in Behandlung in den psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_\_, welche an die psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_ habe übergeben werden müssen, da er die Termine wiederholt nicht wahrgenommen habe. Am ... 2012 sei der Beschwerdeführer in die psychiatrischen Dienste M.\_\_\_\_\_ eingewiesen worden. Auf der geschlossenen Abteilung habe er sich eingesperrt gefühlt, was zu einer Zunahme der Flashbacks und der Angstzustände geführt habe, weshalb er nach einem Tagesurlaub nicht in die Klinik zurückgekehrt sei. In der Folge habe sich der Beschwerdeführer für eine teilstationäre Behandlung in der Klinik N.\_\_\_\_\_ in ... entscheiden können und habe diese begonnen. Am ... 2012 habe er hospitalisiert werden müssen, nachdem er in suizidaler Absicht Tabletten eingenommen habe; im weiteren Verlauf sei er in die teilstationäre Behandlung entlassen worden. Die Termine bei der ambulanten Therapeutin habe der Beschwerdeführer seit der Übernahme der Behandlung am ... 2012 nur sehr unregelmässig wahrgenommen (S. 4; vgl. auch act. II 51 S. 2).

**3.1.4** Im Bericht der psychiatrischen Dienste des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 22. November 2012 (act. II 46 S. 10 f.) wurde eine PTBS diagnostiziert (S. 11). Ferner wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, seit dem Überfall vom ... 2010 unter Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Nervosität, innerlicher Anspannung, Alpträumen, Angstzuständen, Flashbacks sowie Schmerzen im Rückenbereich zu leiden. Er sei seither auch nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Im Herbst 2012 seien er und seine Freundin gemeinsam nach ... gezogen. Seit diesem Umzug würde er sich weniger bedroht fühlen; es sei ihm psychisch auch besser gegangen. Seine Freundin habe ihn jedoch vor etwa einer Woche verlassen und sei aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. Seither würde es ihm wieder deutlich schlechter gehen (S. 10). Die Indikation für eine teilstationäre Behandlung sei grundsätzlich gegeben. Es werde sich zeigen, ob der Beschwerdeführer

diesmal in der Lage sein werde, sich auf das teilstationäre Behandlungssetting einzulassen (S. 11).

Im Bericht des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 19. April 2013 (act. II 53 S. 2 f.) wurden eine PTBS, Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (S. 2). Im Weiteren wurde festgehalten, der Beschwerdeführer nehme am Tagesprogramm in der Tagesklinik motiviert und zuverlässig teil, womit eine erste psychische Stabilisierung habe erzielt werden können, in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer die Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems habe reduzieren können, sich den Alltag besser strukturiere und geordnete Denkmuster aufweise. Die Flashbacks und Alpträume träten in grösseren Abständen auf, einen Therapiefortschritt habe er auch bezüglich seiner Panikattacken ausser Hause erzielt. Er leide weiterhin an anhaltenden Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und erhöhten Schreckreaktionen sowie an anhaltenden somatoformen Schmerzen und weise eine starke psychische Destabilisierung auf, sobald er in irgendeiner Weise mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert werde. Auch habe der Beschwerdeführer nach wie vor Mühe, sich in seinem psychosozialen Umfeld zu integrieren. Aktuell sei er zu 100% arbeitsunfähig, was mit der starken PTBS-Symptomatik und der somatoformen Schmerzstörung zu begründen sei (S. 3).

Am 12. August 2013 (act. II 73 S. 2 f.) hielten die behandelnden Ärzte des Spitals O. \_\_\_\_\_ fest, der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich weiter stabilisiert. Er zeige sich für das (Ende Mai 2013 begonnene [act. II 57] und im August 2013 verlängerte [act. II 69]) Aufbautraining motiviert. Er berichte jedoch, dass die Steigerung auf 80% zu einer Überlastung führe. Einvernehmlich mit dem Beschwerdeführer werde deshalb eine vorübergehende Reduktion auf 50% empfohlen (S. 2).

**3.1.5** Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 2. Oktober 2013 (act. II 80 S. 3) fest, der Beschwerdeführer sei wegen heftiger Rückenschmerzen – zunehmend seit dem .... September 2013 – in die Sprechstunde gekommen. Bei der Untersuchung hätten keine Anzeichen für motorische oder sensible Ausfälle be-

standen, indes deutliche Anzeichen für eine Schmerzüberempfindlichkeit. Der Beschwerdeführer fühle sich ausserstande, am Aufbautraining weiter teilzunehmen.

**3.1.6** Im Bericht des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2013 (act. II 91 S. 4 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe in eine begleitete Wohnform gewechselt. Diesbezüglich habe er sich anfänglich motiviert gezeigt und es habe ihm geholfen, sich in Sicherheit zu wiegen und eine Struktur aufrecht zu erhalten. Auch hinsichtlich des Aufbautrainings sei er anfänglich stolz auf die positiven Rückmeldungen gewesen. Es sei jedoch immer wieder zu Arbeitsausfällen wegen der Schmerzen gekommen. Im Herbst (als sich das Ereignis zum dritten Mal geährt habe) habe er sich auf Grund einer psychischen Krise zurückgezogen, sei nicht mehr in die begleitete Wohnform gegangen und auch nicht mehr zur Arbeit. Der Beschwerdeführer habe sich wieder stabilisieren können und motiviert gezeigt, wieder Konstanz in seinen Alltag zu bringen und seine beruflichen Ziele weiter zu verfolgen. Er habe sich jedoch nicht mehr für ein Weiterführen des Aufbautrainings und der begleiteten Wohnform motivieren können. Es gehe ihm besser, er wolle in ... an sein früheres Leben anknüpfen, dort zunächst bei der Mutter wohnen. Der Beschwerdeführer wünsche sich psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche in den Psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_.

**3.1.7** Im zu Händen der C.\_\_\_\_\_ erstellten ärztlichen Zwischenbericht der psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2013 (act. II 94 S. 2 f.) wurden die bisher gestellten Diagnosen (vgl. act. II 53 S. 2) bestätigt. Weiter wurde festgehalten, neben posttraumatischen psychischen und somatischen Symptomen beständen nach wie vor weitere starke Belastungsfaktoren, welche sich prognostisch ungünstig auf den Heilungsverlauf auswirken könnten. Zu nennen seien hier vor allem die finanzielle Situation, kulturelle Hintergründe mit erschwerenden Umständen für den Umgang des Beschwerdeführers mit seiner Erkrankung, ein nach wie vor laufendes Gerichtsverfahren mit damit zusammenhängenden wiederholten Aktivierungen der traumatischen Erinnerungen und die schwierige familiäre Situation (Verantwortung als ältester Sohn für die Familie nach Trennung der Eltern und Umgang mit Alkoholkrankheit des Vaters). Zusammen mit

dem Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sei man zum Entschluss gekommen, dass aufgrund der komplexen Gesamtsituation und der im Vorfeld wiederholt gescheiterten Integrationsversuche zum einen ein möglichst rasches Wiederanknüpfen an die in ... erarbeiteten Fortschritte empfehlenswert sei, gleichzeitig aber auch ein vorsichtiger Wiedereinstieg mit einem Pensum von 30% in die IV-gestützte Arbeitsintegration ab Mitte Januar 2014 anzustreben sei, welche Einschätzung auch der Beschwerdeführer teile (S. 2).

**3.1.8** Med. pract. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der anstaltsinternen Abteilung Versicherungsmedizin der C. \_\_\_\_\_, hielt in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 19. Mai 2014 (act. II 106.2) fest, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei beim Beschwerdeführer eine spezifische Traumabehandlung indiziert, welche je nach psychotherapeutischem Ansatz bzw. Setting ein stabiles Umfeld voraussetze (S. 13). Eine Therapie setze Motivation und das Bewusstsein beim Beschwerdeführer voraus, welche jedoch gemäss Angaben in den letzten Verlaufsberichten aktuell nicht vorhanden seien. Zukünftige psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen sollten nicht lediglich der psychischen Stabilität für eine Arbeitsintegration, sondern auch der Behandlung der traumatischen und psychosomatischen Störungen dienen, was dem Beschwerdeführer vermittelt werden müsse. Prognostisch seien das Erlangen einer psychischen Stabilität mit Besserung bis Remission der psychischen und psychosomatischen Beschwerden sowie der Aufbau einer verwertbaren Leistung mit einer namhaften Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 15).

**3.1.9** Vom ... bis ... 2014 war der Beschwerdeführer auf der psychiatrischen Abteilung des Spitals L. \_\_\_\_\_ stationär hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 12. August 2014 (act. II 109.3 S. 1-5) wurde in psychiatrischer Hinsicht eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) sowie eine psychosoziale Belastungssituation (nach wie vor laufendes Gerichtsverfahren, finanzielle Sorgen, familiäre Problematik, Migrationshintergrund [ICD-10 Z60.0 und Z61.0]) diagnostiziert (S. 1). Mit Bezug auf den Therapieverlauf wurde festgehalten, auf verbaler Ebene habe der Beschwerdeführer immer

sehr kooperativ und motiviert gewirkt, an seinen Zielen zu arbeiten. Sein Verhalten sei jedoch deutlich von diesem Bild abgewichen, das er zu vermitteln versucht habe (S. 2). Insgesamt habe sich der Beschwerdeführer nicht auf therapeutische Prozesse einlassen können. Er habe wenig Veränderungsbereitschaft gezeigt und seine Passivität mit Schmerzen und Müdigkeit aufgrund von Medikamenten gerechtfertigt. Es sei der Eindruck entstanden, dass er Dinge verheimlicht habe in Zusammenhang mit Situationen „ausserhalb des Therapiesettings“ und deshalb sehr unter Druck gestanden habe. Am ... 2014 habe sich der Beschwerdeführer nach dem Mittagessen auf der Station abgemeldet und sei nicht mehr zurückgekehrt; er sei polizeilich ausgeschrieben worden. Nach einigen Tagen habe er sich nachts gemeldet, um seine Effekten zu holen und sich schliesslich widerwillig auf ein Austrittsgespräch eingelassen (S. 3).

**3.1.10** Der Arzt der C. \_\_\_\_\_, Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 18. März 2015 (act. II 112.3 S. 1-5) die folgenden Diagnosen (S. 4):

Multiple Narben nach Messerattacken 2010 und 2012 mit/bei

- Commotio cerebri 2010, Schnittverletzung im Gesicht rechts 2010, Schnittverletzung im Nacken 2010, multiplen Schnittverletzungen am Thorax 2010, Thoraxkontusion 2010, akuter Belastungsreaktion
- Orbita-Dachfraktur rechts 2012, Kontusion Hinterkopf und HWS 2012, Schnittwunde frontal rechts 2012, multiplen Kontusionen an Thorax, Hüfte rechts, rechten Ellbogen und beiden Oberarmen 2012

In der Beurteilung hielt er fest, die Stich- und Schnittverletzungen seien inzwischen teilweise mit deutlicher Keloidbildung ausgeheilt. Die Prellungen seien ebenfalls ausgeheilt, es beständen allerdings noch Residuen in Form von Muskelverspannung und muskulärer Dysbalance im Schultergürtelbereich sowie an der oberen LWS. Selbige seien langsam regredient. Bei den muskulären Problemen sei immer noch eine leichte psychische Komponente einzubeziehen (S. 4). Der Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voll einsatzfähig; das repetitive Heben und Tragen von Lasten über 25kg sollte vermieden werden (S. 5).

**3.1.11** Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2015 (act. II 135.1) hielten die Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ interdisziplinär die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen fest (S. 43):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- SLAP-Läsion II mit fraglicher Pulley-Läsion rechts
- PTBS nach Überfall am ... sowie nach Überfall und körperlicher Verletzung am ..., ICD-10 F43.1
- Angst und depressive Störung gemischt bei Zustand nach schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome, ICD-10 F41.2 F32

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Cervicovertebralsyndrom bei mässiger osteodiscogener Einengung der Foramina intervertebralia C5/6 und C6/7 ohne neurale Kompression
- Lumbovertebralsyndrom
- Arthralgie der linken Schulter
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4

Der begutachtende Orthopäde Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt fest, die Arbeitsfähigkeit als ..., einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit nur gelegentlichen Arbeiten über der Horizontalen, betrage aufgrund der SLAP-Läsion II mit zusätzlich fraglicher Pulley-Läsion rechts seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei voller Stundenpräsenz 90% (Arbeitsunfähigkeit 10% [S. 9]). Körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen könnten seit jeher bei voller Stundenpräsenz vollumfänglich (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden (S. 10). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt fest, aus rein psychiatrischer Sicht könne ab April 2015 in der angestammten Tätigkeit als ... eine 40%ige und für die Zeit davor eine 30%ige Arbeitsfähigkeit bei jeweils vollem Stundenpensum angenommen werden (S. 35). In einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit April 2015 50%, für die Zeit davor 40% bei jeweils vollem Stundenpensum (S. 36).

Im polydisziplinären Konsens hielten die Gutachter fest, aufgrund der PTBS, der Angst und depressiven Störung gemischt mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der

Motivation, der Interessen, der Kontaktfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als ... seit Januar 2011 gesamthaft 30% (Arbeitsunfähigkeit 70%) bzw. seit April 2015 40% (Arbeitsunfähigkeit 60%) bei jeweils voller Stundenpräsenz. Körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte in ruhiger, entspannter Atmosphäre als Einzelarbeitsplatz oder in kleinen Teams und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, könnten gesamthaft seit Januar 2011 zu 40% (Arbeitsunfähigkeit 60%) und seit April 2015 zu 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%) bei jeweils voller Stundenpräsenz zugemutet werden (S. 44).

Aus psychiatrischer Sicht erscheine die Prognose nach dem bisherigen Krankheitsverlauf eher ungünstig und es sei ein Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu befürchten. Damit bedürfe der Beschwerdeführer einer regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Nachdem bisherige ambulante teilstationäre und stationäre Behandlungsmassnahmen keine wesentliche Besserung des psychischen Zustandsbildes gebracht hätten, sei eine Unterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft zu empfehlen. Ausserdem bedürfe er einer regelmässigen medikamentösen Therapie. Diese therapeutischen Massnahmen seien zumutbar und könnten auch auferlegt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren bestehe nicht; an psychosozialen Faktoren beständen vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen und Migrationshintergrund (S. 45).

**3.1.12** Der Arzt der C.\_\_\_\_\_ Dr. med. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer am ... 2016. Im entsprechenden Bericht vom 10. Mai 2016 (act. II 143 S. 13-30) diagnostizierte er eine PTBS (ICD-10 F43.1) und eine depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4 [S. 25]). In der Beurteilung hielt Dr. med. R.\_\_\_\_\_ fest, der sichtbare körperliche Makel – die Schnittwunde im Gesicht – habe dazu geführt, dass der Beschwerdeführer nicht nur in der ethnischen Gemeinschaft, sondern auch in der eigenen Familie plötzlich

ganz anders wahrgenommen worden und von einem Tag auf den anderen vom Lieblingssohn des Vaters zu einem vom Vater verabscheuten, weil Schande über die Familie bringenden Sohn, geworden sei (S. 26). Heute ergebe sich das klinische Bild einer nach wie vor bestehenden PTBS, die jetzt als chronifiziert betrachtet werden müsse. Daneben bestehe nach wie vor ein niederfrequenter aber doch relevanter, problematischer Alkoholkonsum mit einem exzessiven Konsum pro Monat (S. 28). Eine traumaspezifische Therapie habe bisher nie stattgefunden oder stattfinden können. Insofern könnte man dem IV-Gutachter Recht geben, wenn er von nicht ausgeschöpften therapeutischen Optionen spreche. Andererseits dürfe nicht übersehen werden, dass die Hoffnung des Beschwerdeführers, durch Therapie eine Besserung zu erfahren, zurzeit fehle und die Erfolgsaussichten damit klar beeinträchtigt seien. Es scheine, dass er zuerst einen weiteren Reifungsprozess durchleben müsse, um möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen aktiv angehen zu können, um dann wirklich davon profitieren zu können. Es gebe sowohl im psychotherapeutischen wie im pharmakotherapeutischen Bereich durchaus noch Optionen, welche bisher nicht oder nicht genügend hätten eingesetzt werden könnten. Im Moment scheine aber die Wahrscheinlichkeit einer namhaften Besserung durch die erneute Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung klein zu sein (S. 29). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gälten die in dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ getroffenen Feststellungen (S. 30).

**3.1.13** Kreisärztin Dr. med. T.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Rahmen der zuhanden der C.\_\_\_\_\_ durchgeführten kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 15. November 2016 (act. IIA 150.14) fest, es gelte weiterhin das im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung im März 2015 erstellte Zumutbarkeitsprofil (S. 4; vgl. act. II 112.3 S. 5).

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

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 medizinische Aktenlage erlaubt eine zuverlässige Beurteilung (vgl. E. 3.2.1 vorne) des streitgegenständlichen Rentenanspruchs und der vom Beschwerdeführer eventualiter beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärung bedarf es nicht.

**3.4** Gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2015 (act. II 135.1) besteht in somatischer Hinsicht in der angelernten Tätigkeit als ... bzw. einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit nur gelegentlichen Arbeiten über der Horizontalen aufgrund der SLAP-Läsion II mit zusätzlich fraglicher Pulley-Läsion rechts seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bei voller Stundenpräsenz eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (S. 9). Körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen erachteten die Gutachter als seit jeher bei voller Stundenpräsenz uneingeschränkt zumutbar (S. 10). Diese Einschät-

zung überzeugt in beweisständiger Hinsicht (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Insbesondere korreliert sie im Wesentlichen mit der Einschätzung der Kreisärzte der C.\_\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer aus somatischer Sicht als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voll einsetzungsfähig erachten mit dem einzigen, das Zumutbarkeitsprofil lediglich unwesentlich einschränkenden Vorbehalt, dass das repetitive Heben und Tragen von Lasten über 25kg vermieden werden solle (act. II 112.3 S. 5; IIA 150.14 S. 4). Demnach beansprucht das im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2015 erstellte Zumutbarkeitsprofil in somatischer Hinsicht für den gesamten Beurteilungszeitraum Gültigkeit, was zu Recht unbestritten ist.

**3.5** In psychischer Hinsicht liegt gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2015 (act. II 135.1) insbesondere eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende PTBS vor. Soweit die Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und die Diagnosestellung betreffend, erfüllt das Gutachten die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt grundsätzlich Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und stimmt mit der übrigen medizinischen Aktenlage – insbesondere auch mit den kreisärztlichen Einschätzungen vom 19. Mai 2014 (act. II 106.2) und 27. April 2016 (act. II 143 S. 13-30) – überein. Arztberichte, welche medizinische Aspekte aufzeigten, die insoweit Zweifel am Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ zu wecken vermöchten (vgl. E. 3.2.2 vorne), liegen nicht im Recht, was denn auch der Beschwerdeführer nicht bestreitet.

Die gutachterlich festgestellte PTBS steht nach der dargelegten medizinischen Aktenlage (vgl. E. 3.1 vorne) seit der Anmeldung im Oktober 2011 zum Leistungsbezug bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2016 im Vordergrund der psychischen Beschwerden. Demnach beurteilt sich die Frage, ob der PTBS invalidisierende Wirkung zukommt, nach Massgabe der zu den somatoformen Schmerzstörungen und äquivalenten psychosomatischen Leiden entwickelten Rechtsprechung (BGE 141 V 281, 142 V 342). Soweit der Beschwerdeführer deshalb geltend macht, seitens der begutachtenden Ärzte werde durchgehend eine die

Arbeitsfähigkeit um 50% limitierende psychische Beeinträchtigung attestiert, weshalb offensichtlich ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, kann er aus dieser rein medizinischen Einschätzung allein noch nichts zu seinen Gunsten ableiten, woran auch nichts ändert, dass dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ – wie dargelegt – grundsätzlich Beweiswert zukommt. Denn mit Blick auf die Verteilung der Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196) können sich Konstellationen ergeben, in welchen von der in einem medizinischen Gutachten geschätzten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Juli 2016, 8C\_131/2016, E. 2.2).

**3.6** 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 (vgl. E. 2.1 vorne; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird 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 (BGE 141 V 281 E. 3.6 S.

294). 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).

### **3.7**

**3.7.1** In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist zunächst von Bedeutung, dass sich die objektive psychopathologische Befundlage hinsichtlich der psychischen Beschwerden im Allgemeinen bzw. der PTBS im Besonderen im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eher bescheiden ausnahm (vgl. act. II 135.1 S. 27). Entsprechend hielt der Gutachter denn auch fest, der Beschwerdeführer habe zum Untersuchungszeitpunkt keinen wesentlichen Leidensdruck bzw. sich „gut gelaunt“ präsentiert und die traumatisierenden Ereignisse „emotional relativ unbeteiligt“ geschildert (S. 33). Eine wesentlich andere Befundlage ergibt sich auch nicht aus dem Bericht des Arztes der C.\_\_\_\_\_ Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2016 (vgl. act. II 143 S. 25). Ebenso wenig lässt sich hinsichtlich des seit der Diagnosestellung einer PTBS im Mai 2011 dokumentierten Verlaufs im Längsschnitt eine dauerhaft erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erstellen, zumal die ab diesem Zeitpunkt verfassten medizinischen Berichte nur vereinzelt eine ausführliche Beschreibung der objektiven Befundlage enthalten bzw. sich auf eine blosse Wiedergabe der vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome beschränken (vgl. act. II 7 S. 2; 46 S. 11; 53 S. 2; 109.3 S. 2). Zudem ist zu berücksichtigen, dass spätestens seit anfangs 2013 auch massive psychosoziale (bzw. soziokulturelle) Probleme dokumentiert sind (vgl. act. II 47.2 S. 1; 94 S. 3; 143 S. 26), welche vom sozialversicherungs-

bzw. invalidenversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355). Wenngleich diese Faktoren nach Einschätzung der Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausschliesslich zu erklären vermögen (vgl. act. II 135.1 S. 45), so zeichnen sie nach der übrigen medizinischen Aktenlage doch für das Beschwerdebild (nicht unerheblich) mitverantwortlich, weshalb auch insoweit nicht von einer erheblichen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ausgegangen werden kann.

**3.7.2** Mit Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ ist zunächst festzuhalten, dass psychische Störungen nach der Rechtsprechung grundsätzlich nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie therapeutisch nicht mehr angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Aus den Akten geht insoweit hervor, dass der Beschwerdeführer die diversen, seit Vorliegen der psychischen Beeinträchtigungen durchgeführten ambulanten sowie (teil-)stationären Behandlungen und Therapien – wie auch die seitens der Beschwerdegegnerin durchgeführten beruflichen Integrationsmassnahmen – immer wieder abbrach oder aber sich nicht auf therapeutische Prozesse einliess (vgl. act. II 42 S. 2 ff.; 109.3 S. 3; 135.1 S. 31), womit ein nachhaltiger Behandlungs- bzw. Integrationserfolg in den Arbeitsmarkt nicht erreicht werden konnte. Dabei ist aufgrund der Akten erstellt, dass mittels therapeutischer Massnahmen durchaus Aussicht auf eine nachhaltige Besserung des psychischen Gesundheitszustandes bestanden hätte, konnte doch im Jahr 2013, als die Therapieadhärenz des Beschwerdeführers zumindest bis im Herbst hinreichend war, innert relativ kurzer Zeit eine psychische Stabilisierung erzielt werden (vgl. act. II 53 S. 2; 84 S. 3). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt denn auch überzeugend fest, dass die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft seien (act. II 135.1 S. 34), mithin eine Therapieresistenz – als grundsätzlich gewichtiges Indiz für das Vorliegen einer Invalidität im Rechtssinne (vgl. Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 4.2) – nicht gegeben ist. Soweit Dr. med. R.\_\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 10. Mai 2016 (act. II 143 S. 13-30) postulierte, dass die Hoffnung des Beschwerdeführers, durch Therapie eine Besserung zu erfahren, zurzeit fehle, die Erfolgsaussichten damit klar beeinträchtigt wären und der Beschwerdeführer zuerst einen

weiteren Reifungsprozess durchleben müsse, um möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen aktiv angehen zu können (S. 29), kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten: Zum einen folgt aus anderen medizinischen Berichten, dass sich der Beschwerdeführer hinsichtlich der Durchführung von Therapiemassnahmen auf verbaler Ebene durchaus kooperativ und motiviert gezeigt hat, indessen sein Verhalten von diesem Bild abwich (act. II 109.3 S. 2), was den Schluss nahelegt, dass dem Beschwerdeführer die Behandlungsbedürftigkeit der von ihm geltend gemachten Beeinträchtigungen sehr wohl bewusst ist, zumal er entsprechende Behandlungen in der Vergangenheit auch gewünscht hat (vgl. act. II 91 S. 5). Selbst wenn dem nicht so wäre, vermöchte im Hinblick auf den strittigen Rentenanspruch weder das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers hinsichtlich des Nutzens medizinischer Massnahmen noch dessen Alter oder soziokultureller Hintergrund die Nichtwahrnehmung allfälliger Behandlungen zu rechtfertigen: Vielmehr ist entscheidend, dass ein (invalidenversicherungsrechtlich einzig massgebender) krankheitswertiger Prozess, welcher den Beschwerdeführer von allfälligen Behandlungen abhielte, nicht erstellt ist. Entsprechend hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ insoweit fest, dass keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz vorliegt (act. II 135.1 S. 32).

**3.7.3** Sodann bestehen auch keine schweren, persönliche Ressourcen raubenden psychischen oder somatischen Komorbiditäten: Die zwischenzeitlich diagnostizierte schwere depressive Episode (act. II 109.3 S. 1) stufte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 27. April 2016 als remittiert ein (act. II 143 S. 25), nachdem Dr. med. E. \_\_\_\_\_ noch Symptome einer Angst und depressiven Störung gemischt – wenngleich lediglich leichten bis mittleren Grades – erhoben hatte (act. II 135.1 S. 30). Ebenso wenig vermag die weiter diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine erhebliche Komorbidität zu begründen, zumal sie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (act. II 135.1 S. 28). Zu keinem anderen Ergebnis führte es, wenn – umgekehrt – die PTBS als komorbid zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung angesehen würde. Schliesslich kommt auch den geltend gemachten somatischen Beschwerden keine ressourcenhemmende

Eigenschaft zu, zumal die Schmerzangaben des Beschwerdeführers anhand der Befunde nur sehr bedingt erklärt werden konnten (S. 8 f.) und somatischerseits in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (S. 10).

**3.7.4** Mit Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ sind keine Hinweise ersichtlich, welche Rückschlüsse auf ein vermindertes Leistungsvermögen zulassen.

**3.7.5** Was den Komplex „Sozialer Kontext“ anbelangt, so folgt aus dem Untersuchungsbericht von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, dass sich der im Gesicht sichtbare Makel (Narbe) gegen den Beschwerdeführer ausgewirkt habe, indem er viele seiner Freunde und Bekannten in der tamilischen Gemeinschaft verloren habe und in der Beziehung mit Schweizer Freunden an seiner neuen Instabilität gescheitert sei. Auch sei als Folge des Überfalls die Beziehung mit seiner Freundin zerbrochen und er sei beim Vater vom Lieblingssohn zum verabscheuten, weil Schande über die Familie bringenden Sohn mutiert. Insoweit spricht Dr. med. R.\_\_\_\_\_ von „tragischen sozialen“ Folgen des Überfalls bzw. von „psychischen Folgen“ einer „sozialen Ächtung“ (act. II 143 S. 26). In dieser Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass soziale Belastungen – soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen – auch insoweit ausgeklammert bleiben (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; vgl. auch E. 3.7.1 vorne). Zudem geht aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ hervor, dass der Vater, zu welchem der Beschwerdeführer seit dem Überfall keinen Kontakt mehr gehabt habe, wieder in ... lebt (act. II 135.1 S. 24). Im Übrigen pflege der Beschwerdeführer regelmässig Kontakte mit zwei Kollegen (S. 23) und er lebe mit seinen beiden Brüdern, mit welchen er gut auskomme, sowie seiner Mutter im gleichen Haushalt (S. 25). Damit lässt der soziale Kontext keinen Rückschluss auf (invalidisierende) Funktionseinbussen zu.

**3.7.6** Schliesslich bringt die Beschwerdegegnerin mit Bezug auf die Kategorie „Konsistenz“ zu Recht vor, dass mit Blick auf den im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_\_ beschriebenen Alltag (vgl. S. 23) keine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliegt (vgl. S. 33). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt denn

insoweit auch fest, es liessen sich beim Beschwerdeführer durchaus Motivation, Interessen und Kontaktfähigkeit erheben (vgl. S. 34). Zudem spielte der Beschwerdeführer jedenfalls noch im Jahr 2013 regelmässig Fussball (vgl. act. II 44 S. 8), geht gemäss eigenen Angaben in der Freizeit spazieren (act. II 135.1 S. 23) und besucht auch einmal wöchentlich ein Fitnessstudio (act. IIA 150.14 S. 3). Sodann wurde bereits in E. 3.7.2 erläutert, dass die Compliance bezüglich Wahrnehmung der diversen psychiatrischen Behandlungen, aber auch hinsichtlich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen praktisch während des gesamten Beurteilungszeitraums mangelhaft war, welcher Umstand keinen grossen Leidensdruck ausweist.

**3.7.7** Insgesamt lässt sich eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie gutachterlicherseits postuliert wird, mit Bezug auf den hier massgebenden Zeitraum aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat, nicht erhärten. Ist ein rechtsgenügender Bezug zwischen der gestellten Diagnose und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, hat der materiell beweisbelastete Beschwerdeführer die Folgen zu tragen (vgl. E. 3.6 vorne).

**3.8** Zusammenfassend steht fest, dass dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne häufiges Arbeiten über der Horizontalen eine 100%ige Arbeitstätigkeit bei voller Stundenpräsenz uneingeschränkt zumutbar ist bzw. seit jeher war. In psychischer Hinsicht ist mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug im Oktober 2011 und der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2016 eine Invalidität im Rechtssinne nicht erstellt, weshalb insoweit keine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit gegeben ist.

#### **4.**

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

**4.1.1** 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** 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 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 (BFS) herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche

und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**4.2** Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer eine Anlehre als ...absolvierte (act. II 1 S. 4), in diesem Bereich jedoch lediglich für eine kurze Zeit vor dem Überfall tätig war (vgl. act. II 36 S. 4; act. IIA 150.5 S. 1). Gemäss Lebenslauf arbeitete er nach dem Besuch der Primar- und Realschule ab 2007 in verschiedenen Bereichen bei diversen Arbeitgebern in unterschiedlichen Funktionen, teilweise als Hilfsarbeiter (act. II 11.1 S. 2; 135.1 S. 4). Mit Blick auf diese wechselhafte Erwerbsbiographie ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer als Gesunder im vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum (beim letzten Arbeitgeber) als ... gearbeitet hätte, weshalb es sich rechtfertigt, für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE abzustellen (vgl. E. 4.1.1 vorne). Gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen LSE 2010 beträgt das im Gesundheitsfall hypothetisch erzielbare Einkommen nach Massgabe von Tabelle TA1, Wert Total, Anforderungsniveau 4, Männer, Fr. 4'901.-- pro Monat.

Der Beschwerdeführer schöpft seine Restarbeitsfähigkeit mit der im Januar 2017 begonnenen Tätigkeit als ... mit unregelmässigen Einsätzen (vgl. act. I 5) nicht aus, weshalb für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2010 abzustellen und dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs bedarf es nicht, besteht doch unter ausschliesslicher Berücksichtigung des orthopädischen, wenig restriktiv formulierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 3.8 vorne) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz; im Übrigen sind die weiteren, praxisgemäss zu berücksichtigenden Kriterien (vgl. E. 4.1.2 vorne) nicht erfüllt und wäre ein Abzug zudem bei beiden – auf statistischen Daten beruhend

den – Vergleichseinkommen vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Soweit der Beschwerdeführer dennoch pauschal einen Abzug von 25% postuliert, übersieht er, dass dem Dargelegten zufolge sowohl die psychischen Beschwerden wie auch allfällige psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ausser Acht zu bleiben haben.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von vorliegend 0% (Entscheid des BGer vom 25. November 2016, 9C\_532/2016, E. 3.1), womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

An diesem Ergebnis ändert schliesslich nichts, dass die C. \_\_\_\_\_ eine Rentenprüfung in Aussicht gestellt hat (vgl. act. I 6), entfaltet die Invaliditätsschätzung des Unfallversicherers gegenüber der Invalidenversicherung doch keine Bindungswirkung (BGE 133 V 549 E. 6.4 S. 555).

**4.3** Zusammenfassend erging die angefochtene Verfügung zu Recht und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse ausgewiesen (act. IA). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren und das Verfahren er-

scheint komplex, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit gutzuheissen und es ist ihm Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

**5.2** 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiervor) wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**5.3** Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**5.3.1** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 und der Übergangsbestimmung Ziff. 2 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

**5.3.2** Die von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ eingereichte Kostennote vom 16. März 2017 bzw. der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 12.5

Stunden ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 3'480.-- festzusetzen (Honorar: Fr. 3'125.--; Auslagen: Fr. 97.20; MWSt. [auf Fr. 3'222.20]: Fr. 257.80). Davon ist Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'500.-- (12.5 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 97.20 und MWSt. von Fr. 207.80 (8% von Fr. 2'597.20), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'805.--, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'480.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'805.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.



6. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 16. März 2017)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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