

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 1. März 2016 abgewiesen (9C_534/2015).

200 14 723 IV
FUR/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Juli 2015

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 25. Juli 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2007 unter Hinweis auf seit einem Unfall bestehende Schulterbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente an (Akten der IV-Stelle Bern, [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1 S. 1 ff.). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und zog die Akten des Unfallversicherers (SUVA) bei. Ferner veranlasste sie im MEDAS C._____ eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 21. Oktober 2008 [act. II 28]). Da der Versicherte anlässlich der in der Folge gewährten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 30) weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend machte (act. II 38; 42), stellte die IVB ihm mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit die Einstellung der Arbeitsvermittlung in Aussicht (act. II 66) und holte weitere medizinische Berichte ein. Mit Verfügung vom 26. Oktober 2009 (Akten der IVB, [act. IIA], 81) verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 9% einen Rentenanspruch. Mit weiterer Verfügung vom 4. November 2009 (act. IIA 83) schloss die IVB die Arbeitsvermittlung ab. Mit Urteil vom 5. Mai 2011 (VGE IV/2009/1251; act. IIA 101) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern eine gegen beide Verfügungen gerichtete Beschwerde insoweit teilweise gut, als es – in Bestätigung des Abschlusses der Arbeitsvermittlung – die Sache betreffend den Rentenanspruch zur psychiatrischen Nachbegutachtung im Sinne der Erwägungen zurückwies.

Nachdem die IVB weitere medizinische Berichte beigezogen hatte (act. IIA 109 f.), erstattete die MEDAS D._____ (nachfolgend MEDAS D._____) ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 21. Dezember 2012 [act. IIA 125.1 ff.]) und beantwortete Ergänzungsfragen der IVB (act. IIA 127). Mit Vorbescheid vom 14. Februar 2014 (act. IIA 132) stellte sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 2% die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht, was sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 137) – mit Verfügung vom 25. Juli 2014 (act. IIA 139) bestätigte.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 6. August 2014 Beschwerde erheben und die folgenden Anträge stellen:

Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 25. Juli 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit wann rechtens eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe auszurichten

Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 25. Juli 2014 aufzuheben und ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen.

Subeventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 25. Juli 2014 aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, dies unter Verpflichtung derselben, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen und sodann neu über den Leistungsanspruch zu verfügen.

- Unter Kosten und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, das Gutachten der MEDAS D. _____ attestiere schlüssig und nachvollziehbar aufgrund einer mittelgradigen depressiven Symptomatik im Sinne einer Major depression, vergesellschaftet mit einer anhaltenden affektiven Störung im Sinne einer Dysthymie, eine 50%ige Resterwerbsfähigkeit für jede Art von Tätigkeit (S. 5, Ziffer 5). Die Begründung der IVB, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, widerspreche somit dem Gutachten. Bereits aus diesem Grund sei dem Beschwerdeführer mindestens eine halbe Rente zuzusprechen (S. 6, Ziffer 6). Gemäss Gutachten sei sodann einzig die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit, weshalb entgegen der IVB kein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild vorliege (S. 6, Ziffer 7). Auch treffe es gemäss Gutachten nicht zu, dass die Beschwerden überwindbar seien (S. 7, Ziffer 8). Im Weiteren sei mit Blick auf VGE IV/2009/1251, E. 3.3, nicht nachvollziehbar, dass die IVB vor der Abweisung des Leistungsbegehrens kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt habe, wiesen die Gutachter doch daraufhin, dass die „Double Depression“ u.U. behandelbar sein könnte (S. 8, Ziffer 11). Sollte das Gericht schliesslich weitere Abklärungen für notwendig erachten, gelte es zu berücksichtigen, dass ein Gerichtsgutachten zu veranlassen sei (S. 10, Ziffer 13).

Mit Beschwerdeantwort vom 22. September 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie hauptsächlich geltend, entgegen dem Beschwerdeführer liege mit der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild vor (S. 3, Ziffer 5a); die Dysthymie stelle sodann keinen Gesundheitsschaden im Rechtssinne dar. Ebenso wenig begründe die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine erhebliche Komorbidität (S. 3, Ziffer 6). Da auch die übrigen Morbiditätskriterien nicht erfüllt seien, sei dem Beschwerdeführer ein Vollzeitpensum in einer den Leiden angepassten Tätigkeit zumutbar (S. 4, Ziffer 7). Für den Fall, dass das Gericht betreffend die „double depression“ von einem verselbstständigten Gesundheitsschaden ausgehe, ändere dies angesichts der diesbezüglich fehlenden Erheblichkeit und der grundsätzlichen Therapierbarkeit des Leidens nichts an dessen Überwindbarkeit (S. 5, Ziffer 8). Da somit kein invalidisierendes psychiatrisches Leiden vorliege, entfalle auch die Pflicht zur Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (S. 5, Ziffer 9). Schliesslich sei die Festlegung des Invalideneinkommens rechens und die Voraussetzungen für einen Abzug vom Tabellenlohn seien nicht gegeben.

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 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 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 25. Juli 2014 (act. IIA 139). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültigen und vorliegend massgeblichen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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.

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

2.3 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 Zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer stürzte im ... mit dem Fahrrad, wobei er sich Schulterbeschwerden rechts zuzog (act. II 4 S. 13 ff.; act. IIA 91). Im Januar 2007 wurde die Schulter operativ versorgt (act. II 8 S. 23), der postoperative Verlauf war regelrecht (act. II 8 S. 15). Wegen eingeschränkter Beweglichkeit und persistierender Schulterschmerzen rechts erfolgte anschliessend ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E._____. Der Beschwerdeführer habe dabei unmotiviert, zum Teil depressiv gewirkt und die Kooperation sei ungenügend gewesen; aufgrund dieser Situation sei der Beschwerdeführer vorzeitig nach Hause entlassen worden (act. II 8 S. 12).

3.1.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 19. September 2007 (act. II 11 S. 1 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status 6 Monate nach Schulterarthroskopie rechts, arthroskopischer SLAP-Refixation und Acromioplastik, eine reaktive Depression und eine schwierige psychosoziale Situation (S. 1). Die bisherige Erwerbstätigkeit (...) sei vermutlich nur noch schwer zumutbar. Der Beschwerdeführer werde sicher bei der jetzigen Muskelschwäche nicht schwere Gewichte, sprich ... montieren oder tragen können. Dem Leiden angepasst-

te Tätigkeiten unter der Horizontalen mit wenig Gewichten, bei unbeschränkter Steh- und Sitzdauer sowie Gehstrecke seien während 8 Stunden bei normalem Arbeitstempo zumutbar (S. 2).

3.1.3 Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt mit Bericht vom 16. November 2007 (act. II 16 S. 23 f.) fest, der Beschwerdeführer klage seit der Operation an der rechten Schulter in zunehmendem Masse über Schmerzen und eine Schwäche des rechten Armes. Es bestehe eine (nicht näher spezifizierte) psychosoziale Belastung (S. 23). Klinisch und elektrophysiologisch lägen keine sicheren neurologischen Ausfälle vor. Auffällig sei während der Untersuchung die durchaus inadäquate Schmerzreaktion des Beschwerdeführers während den Nadelmyographien. Er vermute, dass als Kern ein gewisses organisch-arthrogenes Schmerzsyndrom vorliege, über das sich aber eine zusätzliche psychische Komponente gestülpt habe, welche heute einen wesentlichen Anteil an der Symptomatik habe und diese weitgehend bestimme (S. 24).

3.1.4 Ab September 2007 war der Beschwerdeführer bei Dr. med. H._____ in psychologischer Behandlung. Dieser diagnostizierte mit Bericht vom 17. Januar 2008 (act. II 13) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21) bei Status nach Arbeitsunfall mit Schmerzen in der rechten Schulter und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 7. September 2007 bis auf weiteres (S. 1).

3.1.5 Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in seinem Bericht vom 5. März 2008 (act. II 16 S. 8 ff.) zur Abschlussuntersuchung fest, an der rechten Schulter finde man heute passiv eine freie glenohumerale Beweglichkeit. Aktiv sei die Kooperation so schlecht, dass keine verwertbare Untersuchung möglich sei. Die Beschwerden würden diffus im rechten Schultergürtel angegeben. Keine der Beschwerden sei einem anatomischen Strukturverlauf oder einer Pathologie klar zuzuschreiben. Als definitive, posttraumatische, invalidisierende Veränderung sei eine leichte Schwächung des Schultergürtels rechts bei persistierenden, leichten, periarthropathischen Beschwerden des rechten Schultergelenkes bei Status nach arthroskopischer SLAP-Refixation und Akromioplastik festzu-

halten. Dem Beschwerdeführer sei es nicht mehr zumutbar, unter Gewichtsbelastung von über 5kg repetitive Tätigkeiten oberhalb Schulterhöhe durchzuführen. Alle, auch schwere handwerkliche Tätigkeiten auf Schulterhöhe und darunter seien wieder zumutbar. Von einem ganztägigen Rendement könne man in jedem Fall ausgehen (S. 10).

3.1.6 Im Gutachten der MEDAS C. _____ vom 21. Oktober 2008 (act. II 28) wurden die folgenden Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) festgehalten (S. 25):

- Persistierendes Schmerzsyndrom rechte Schulter
 - Status nach Schulterkontusion rechts nach Fahrradsturz (...)
 - Status nach Partiailläsion der Supraspinatussehne rechts und SLAP-Läsion Grad II rechts
 - Status nach arthroskopischer SLAP-Refixation und Acromioplastik rechts
 - beginnende Omarthrose rechts
- Anhaltende affektive Störung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik, somatischem Syndrom und psychogener Schmerzfehlverarbeitung bei einer einfach strukturierten Persönlichkeit mit negativen Erlebnissen aus der Kindheit und chronischer Ehekonflikt

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest (S. 25 f.):

- Schmerzsyndrom linke Schulter nach AC-Distorsion (2003)
- Status nach Vorderarmfraktur und Osteosynthese links (1995)
- Status nach Maisonneuve-Fraktur mit Osteosynthese rechts (2001)
- Status nach medianer und lateraler Meniscusteilresektion nach Kontusion links (2004)
- Status nach Kniegelenkskontusion links (02/2006)
- Asthma bronchiale aufgrund der Akten und Nikotinabusus

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, aktuell klagte der Beschwerdeführer über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Die Schmerzlokalisierung dehne sich aus in den Nacken, in den Kopf, in den gesamten Arm, im Sinne einer Symptomausweitung beständen auch Sensibilitätsstörungen an beiden Armen. Klinisch sei die aktive Beweglichkeit im Vergleich zur linken Schulter deutlicher herabgesetzt, passiv finde sich eine freie Beweglichkeit. Die Beschwerden seien zwar nicht histrionisch vorgetragen worden, die Kooperation bei der Untersuchung sei aber nicht optimal gewesen. Zusammenfassend könnten die

strukturellen Veränderungen, welche radiologisch im Sinne einer leichten Omarthrose dokumentiert seien, die angegebenen Schmerzen nur teilweise erklären; beim Ausmass und bei der Intensität der angegebenen Beschwerden spiele noch zusätzlich eine deutliche psychogene Komponente eine Rolle (S. 27).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mittelgradige Depression. Ausserdem bestünden starke invaliditätsfremde Faktoren wie zwei Scheidungen, transkulturelle Probleme, mangelnde Schulbildung und Sprachkenntnisse. Die anhaltende Schmerzfehlerverarbeitung und die mangelnde Fähigkeit, das Unfallereignis psychisch zu integrieren, hätten dazu geführt, dass das psychische Zustandsbild stationär sei. Eine volle Invalidisierung könne aber trotz der Komorbidität mit der Depression nicht begründet werden. Es sei vielmehr angezeigt, den Beschwerdeführer mit zumutbarer Arbeit aus seinem regressiven Verhalten herauszuholen. Er habe zwar aufgrund seiner einfachen Struktur und mangelnder Differenzierungsfähigkeit wenig seelische Integrationsmöglichkeiten, doch sollten – auch mit Hilfe der bestehenden psychiatrischen Therapie – genügend psychische Ressourcen mobilisiert werden, dass er mindestens einer teilweisen Arbeitstätigkeit zugeführt werden könnte (S. 27 f.).

Gesamthaft sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als ... seit dem Unfall im ... nicht mehr arbeitsfähig. Aus rein somatischer Sicht sei eine adaptierte, körperlich leichte Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 5kg voll zumutbar. Eine zusätzliche Einschränkung ergebe sich aus psychiatrischer Sicht. Aufgrund der psychiatrischen Komorbidität sei der Beschwerdeführer gesamthaft zu 50% arbeitsfähig. Die bestehende psychiatrische Therapie sei weiterzuführen (S. 28). Die Prognose sei unsicher, im Vordergrund stünden die erwähnten invaliditätsfremden Gründe. Ungünstig seien die Selbsteinschätzung sowie die ausgesprochene Selbstlimitierung, welche nicht allein mit der psychiatrischen Diagnose erklärt werden könne (S. 29).

3.1.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit ärztlichem Bericht vom 20. April 2009 (act. II 57) aus, bei der affektiven Störung des Beschwerdeführers handle es sich um eine Erkrankung mit relativ schwach ausgepräg-

ten Symptomen und wenig Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Entgegen der Einschätzung des behandelnden Psychiaters (vgl. act. II 56 S. 3) sei eine weitere Schonung nicht sinnvoll. Vielmehr sollte der Beschwerdeführer wieder in die Arbeitswelt integriert werden (S. 4). Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von aktuell 50% könne unter intensiverer ambulanter psychiatrischer Behandlung, einer eventuellen Änderung der medikamentösen Therapie und einer Aktivierung innerhalb der nächsten sechs Monate auf 100% erhöht werden (S. 5).

3.1.8 Vom 6. bis 28. Juli 2010 wurde der Beschwerdeführer im Spital K._____ stationär abgeklärt und behandelt. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 18. August 2010 (act. IIA 109 S. 5 ff.) wurde im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine protrahierte depressive Episode, aktuell mittel- bis schwergradig (ICD-10 F32.2), diagnostiziert (S. 5). Es habe keine ausreichende Schmerzmodulation erreicht werden können. Trotz aktivierender Physiotherapie habe der Beschwerdeführer seinen Arm oft in Schonhaltung gehalten. Er habe jedoch deutlich von einer Tagesstruktur und den zahlreichen sozialen Kontakten im Rahmen der Therapien profitiert (S. 6).

3.1.9 Dr. med. H._____ diagnostizierte im Bericht vom 8. Dezember 2011 (act. IIA 109 S. 1 f.) eine seit dem 19. Dezember 2008 bestehende anhaltende affektive Störung mit chronischer mittelgradiger depressiver Symptomatik und somatischem Syndrom sowie psychogener Schmerzfehlverarbeitung (ICD-10 F34.8). Der Gesundheitszustand sei stationär.

3.1.10 Im internistisch-rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der MEDAS D._____ vom 21. Dezember 2012 (act. IIA 125.1) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 44):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann:

1. Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, verbunden mit einer Dysthymie („double depression“), EM 2008, F33.8.
2. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren F45.41, EM 2008.
3. Unspezifische PHS rechte Schulter nach Partiailläsion der Supraspinatussehne, SLAP-Läsion II und arthroskopischer SLAP-Refixation und Acromioplastik ..., M75.8.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bestehend seit wann:

4. Persistierende Schultergelenkschmerzen links seit AC-Gelenksdistorsion 2003, M25.5
5. Vorbefundlich St. n. Maisonneuve-Fraktur und Osteosynthese rechts 2001, Z87.8.
6. Vorbefundlich St. n. medialer und lateraler Meniskusteilläsion links 2004, Z87.3.
7. Fraktur an der Basis der Phalanx medialis Dig. III links, operativ behandelt ..., S 62.61

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung gelangten die Gutachter zu folgenden Einschätzungen: Internistisch lägen keine arbeitsrelevanten Gesundheitsstörungen vor. Muskuloskelettal beständen Schulterschmerzen beidseits, links ohne, rechts mit deutlichen Funktionseinschränkungen. Strukturelle Korrelate seien vorbefundlich beschrieben, bei den jetzigen Untersuchungen klinisch und konventionell-radiologisch nicht sicher nachzuweisen. Im Prinzip seien die Feststellungen der ärztlichen Abschlussuntersuchung durch den SUVA-Kreisarzt 03/2008 (act. II 16 S. 8), wonach eine leichte Schwächung des Schultergürtels durch periartropathische Beschwerden nach Schultergelenkstrauma und arthroskopischer SLAP-Refixation und Acromioplastik bestehe, aktuell zu bestätigen.

Wesentliche Befunde und Gründe für Einschränkungen lägen auf psychischem Gebiet vor. Zum einen bestehe eine anhaltende affektive Störung (Dysthymie) mit der zusätzlichen Manifestation von depressiven Episoden, derzeit leicht bis mittelgradiger Ausprägung, psychiatrisch als „Double-depression“ klassifiziert. Zudem bestehe aufgrund der initial körperlich bedingten Beschwerden mit nachfolgender Schmerzchronifizierung das Bild eines chronischen Schmerzsyndroms mit psychischen und somatischen Faktoren. Die Intensität und die Ausdehnung der Schmerzen sowie die relative Therapieresistenz liessen sich mit den körperlichen Befunden nicht begründen. Hier wirkten psychische Faktoren aufrechterhaltend und verstärkend, wozu auch die depressive Symptomatik gerechnet werden müsse. Im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung zeige der Beschwerdeführer ein problematisches Krankheitsverhalten. Seine Angaben zu Therapien und Therapieeffekten

seien nicht zuverlässig, Analgetika seien im Medikamentenspiegel keine nachweisbar gewesen. Das Antidepressivum werde anhand des Medikamentenspiegels möglicherweise nicht zuverlässig eingenommen. Insofern beständen persönlichkeitsbedingte, evtl. auch kulturell und sozial bedingte Therapie- und Rehabilitationshindernisse (S. 54).

Die jetzt diagnostizierte „Double-depression“ sei behandelbar und zu bessern. Damit wäre auch die Schmerzbewältigung zu verbessern. Mittel- und langfristig könnte die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Bezüglich einer Wiedereingliederung sei die Prognose ungünstiger. Der Beschwerdeführer habe dysfunktionale Krankheitsüberzeugungen; seine Leistungsbereitschaft, Veränderungsbereitschaft sowie Therapieadhärenz müssten als nicht ausreichend beurteilt werden (S. 57).

Mit Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter weiter fest, es beständen Beeinträchtigungen für körperliche Aktivitäten auf oder über Schulterhöhe und für schwer belastende Aktivitäten. Bezogen auf das Arbeitsleben bedeute dies Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als In geistig-psychischer Hinsicht beständen Beeinträchtigungen aufgrund der mittelschwer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung der Belastungs- und Frustrationstoleranz bis hin zur Handlungsblockade und Beeinträchtigung des Durchhaltevermögens. Die depressive Symptomatik wirke auch beeinträchtigend hinsichtlich der Schmerzbewältigung, die Überwindbarkeit schmerzbedingter Einschränkungen sei nicht mehr vollständig möglich. Bezogen auf das Arbeitsleben resultiere eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um derzeit 50% für jede Art von Tätigkeit (S. 57). Eine aus rheumatischer Sicht bestehende Leistungsminderung sei bei der quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits ausreichend berücksichtigt (S. 60).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

3.3 Im zur Publikation vorgesehenen Entscheid vom 3. Juni 2015 9C_492/2014 hat das Bundesgericht [BGer] in Präzisierung bzw. Änderung seiner Rechtsprechung betreffend psychosomatische Gesundheitseinschränkungen im Wesentlichen Folgendes erwogen:

3.3.1 Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist zunächst nur dann anspruchserheblich, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (E. 2.1).

Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf sind etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (E. 2.2.1; sog. Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Anspruchsgrundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (E. 2.2.2).

3.3.2 Mit Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat das Bundesgericht die (seit BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 bestehende) 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 der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Ferner tritt an die Stelle der Überwindbarkeitsvermutung eine „ergebnisoffene“ Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand (E. 4.1.2). Im Weiteren gilt es neu anstatt des bisherigen Kriterienkatalogs 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). Das Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist sodann 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).

3.3.3 Schliesslich verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der

Prüfung des funktionellen Leistungsvermögens ist indes in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (E. 8).

3.4 Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle, im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (Entscheid des BGer vom 7. Dezember 2009, 9C_476/2009, E. 3.3). Zwar konkretisiert BGE 9C_492/2014 hinsichtlich der Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG, welcher im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2007 (act. II 1 S. 8) bzw. beim potentiellen Eintritt des Versicherungsfalls „Invalidenrente“ (vgl. E. 4.4 hinten) noch nicht in Kraft stand. Indessen änderte Art. 7 Abs. 2 ATSG den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht (BGE 135 V 215), weshalb die Sache grundsätzlich im Lichte von BGE 9C_492/2014 zu entscheiden ist. Dies setzt bezüglich der darin formulierten Vorgehensweise bei der Invaliditätsbemessung (E. 4 und E. 5) indes voraus, dass die vorliegend geklagten Beschwerden (auch) psychosomatischer Natur sind (E. 4.2), wozu die Parteien gegenteilige Standpunkte vertreten.

3.5 Mit VGE IV/2009/1251 (act. IIA 101) wies das Verwaltungsgericht die Sache zwecks psychiatrischer Nachbegutachtung an die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen mit der Begründung zurück, aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten lasse sich die invalidenversicherungsrechtlich ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit – unter Ausscheidung iv-fremder Faktoren – nicht zuverlässig beurteilen, woraufhin die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS D._____ ein polydisziplinäres Gutachten veranlasste (Expertise vom 21. Dezember 2012 [act. IIA 125.1 ff.]). Dieses erfüllt grundsätzlich die höchstrichterlichen Vorgaben an den Beweiswert ärztlicher Berichte. Es ist mit Bezug auf die Darlegung der medizinischen Situation nachvollziehbar und überzeugt (vgl. E. 3.2). Gegenteiliges wird denn auch zu Recht nicht geltend gemacht (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziffer 4). Es liegen sodann keine medizinischen Berichte im Recht, welche mit Bezug auf die Beschreibung des Gesundheitszustandes Zweifel an den

Einschätzungen der MEDAS-Gutachter zu wecken vermöchten; insbesondere überzeugen die im Austrittsbericht des Spitals K. _____ vom 18. August 2010 (act. IIA 109 S. 5 ff.) gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode nicht, zumal sie in den übrigen Akten keine Stütze finden respektive Dr. med. H. _____ mit Bericht vom 8. Dezember 2011 „lediglich“ eine anhaltende affektive Störung mit chronischer mittelgradiger depressiver Symptomatik mit somatischem Syndrom sowie psychogener Fehlverarbeitung diagnostizierte (act. IIA 109 S. 1).

3.6

3.6.1 In somatischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter der MEDAS D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine „unspezifische PHS rechte Schulter nach Partialläsion der Supraspinatussehne, SLAP-Läsion II und arthroskopischer SLAP-Refixation und Acromioplastik“ im ... (act. IIA 125.1 S. 44). Der rheumatologische Teilgutachter erachtete den Beschwerdeführer für körperlich schwer belastende Arbeiten – und damit auch für seine bisherige Tätigkeit als ... – als arbeitsunfähig. Unter angepassten Bedingungen, die die Situation der rechten Schulter berücksichtigten, bestehe theoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 39). Diese Einschätzungen decken sich im Wesentlichen mit den Feststellungen im Bericht von Dr. med. I. _____ vom 5. März 2008 (act. II 16 S. 8 ff.) sowie mit jenen im Gutachten der MEDAS C. _____ vom 21. Oktober 2008 (act. II 28 S. 28). Die vom Rheumatologen im Gutachten der MEDAS D. _____ zusätzlich attestierte 20%ige Leistungsminderung kann indes nicht nachvollzogen werden, da die nicht näher konkretisierte bzw. als solche bezeichnete allgemeine Dekonditionierung (act. IIA 125.1 S. 39) nicht ausgewiesen ist, wird der Beschwerdeführer doch als gross, kräftig und eher sportlich wirkend (S. 33) respektive athletisch (S. 34 unten) beschrieben und liefern auch die körperlichen Befunde keine eindeutigen Hinweise auf eine allenfalls gesundheitsbedingte Dekonditionierung (S. 34 f.). Ebenso wenig findet die postulierte zusätzliche Limitierung eine Stütze in den übrigen medizinischen Berichten (vgl. act. II 16 S. 8 ff.; 28 S. 28), wobei zu berücksichtigen ist, dass sich der somatische

Gesundheitszustand seit der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der IV im Februar 2007 nicht wesentlich verändert hat. Dies geht auch aus der Expertise der MEDAS D. _____ hervor, indem die Gutachter bestätigen, dass die im Jahr 2008 von Dr. med. I. _____ getroffenen, den somatischen Befund betreffenden Feststellungen immer noch zutreffen (act. IIA 125.1 S. 54).

3.6.2 Demnach ist der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht für leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Einsatz der oberen Extremitäten unterhalb der Schulterhöhe voll arbeitsfähig, wohingegen die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist.

3.7 In psychischer Hinsicht wurden im Gutachten der MEDAS D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, verbunden mit einer Dysthymie („double depression“) gemäss ICD-10 F33.8 sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (act. IIA 125.1 S. 44).

3.7.1 Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (vgl. S. 7, Ziffer 7) geht aus den vorliegenden Akten klar hervor, dass das vom Beschwerdeführer geklagte Beschwerdebild mangels eines relevanten organischen Korrelats seit jeher im Wesentlichen psychosomatischer Natur ist bzw. einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage entspricht (vgl. act. II 16 S. 10, S. 23 f.; 28 S. 27; act. IIA 109 S. 5, 125.1 S. 54). Nicht entscheidend ist, dass – wie der Beschwerdeführer vorbringt – die Gutachter der MEDAS D. _____ die mittelgradige depressive Symptomatik mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als „ausschlaggebend“ bezeichneten (vgl. act. IIA 125.1 S. 59): Die Gutachter listeten die Schmerzstörung – wie bereits die Experten der MEDAS C. _____ (act. II 28 S. 25) – unter „Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ auf (S. 44), massen ihr mithin erhebliche Bedeutung zu, was sich auch darin ausdrückt, dass die chronische Schmerzstörung im psychiatrischen Teilgutachten noch als primäre Diagnose bezeichnet wurde (vgl. act. IIA 125.1 S. 40). Zudem gingen die Gutachter von einer Konnexität der Schmerzstörung und der depressiven Symptomatik aus (S. 53 unten), was

sich auch aus der Beantwortung der Ergänzungsfragen ergibt (act. IIA 127).

Liegt somit ein psychosomatisches Leiden vor, ist die Invalidität im Lichte von BGer 9C_492/2014 zu beurteilen (vgl. E. 3.4 vorne), woran nichts ändert, dass im Gutachten der MEDAS D._____ keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, sondern die Schmerzstörung anderweitig klassifiziert wurde (BGer 9C_492/2014, E. 4.2).

3.7.2 Wie nachstehend zu zeigen ist, erlaubt das Gutachten der MEDAS D._____ im Verbund mit weiteren fachärztlichen Berichten eine schlüssige Beurteilung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit gestützt auf die neu massgebenden Indikatoren (vgl. E. 3.3.3 vorne), weshalb es des eventualiter beantragten Gerichtsgutachtens nicht bedarf.

Dabei obliegt es dem Rechtsanwender insbesondere zu prüfen, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (BGer 9C_492/2014, E. 5.2.1 f.). Insofern kann nicht unbesehen auf die von den Gutachtern der MEDAS D._____ mit Bezug auf die psychischen Beschwerden attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% abgestellt werden; vielmehr ist deren rechtliche Ausgewiesenheit nach Massgabe der nunmehr einschlägigen Indikatoren (BGer 9C_492/2014, E. 4.3 ff.) zu prüfen.

3.7.3 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1 ff.) ergibt sich Folgendes: Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt, ist betreffend die depressive Störung festzustellen, dass die entsprechenden, in der psychiatrischen Teilbegutachtung erhobenen Befunde eher leichtgradiger Natur waren (vgl. act. IIA 125.3 S. 5 f.). Auch Dr. med. H._____ diagnostizierte lediglich eine anhaltende affektive Störung mit chronischer mittelgradiger depressiver Symptomatik (act. IIA 109 S. 1), wobei es sich gemäss Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. J._____ hierbei um eine Erkrankung mit relativ schwach ausgeprägten Symptomen und wenig

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit handle (act. II 57 S. 4). Was die im Gutachten der MEDAS D._____ diagnostizierte Schmerzstörung betrifft, so tritt diese im Verbund mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungsfaktoren auf (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 233), für deren Vorliegen es zwar im Gutachten der MEDAS C._____ (act. II 28 S. 27 f.), nicht jedoch im Gutachten der MEDAS D._____ klare Hinweise gibt. Hinzu kommt, dass der Medikamentenspiegel sowohl hinsichtlich der Antidepressiva wie auch der Schmerzmittel einen Wert unterhalb des therapeutischen Bereichs ergab (act. IIA 125.1 S. 51 und 54) und die Angaben des Beschwerdeführers teilweise aggraviert wirkten (S. 53). Im Gutachten der MEDAS C._____ wurde auf eine ausgesprochene, durch die psychiatrische Diagnose nicht erklärbare Selbstlimitierung hingewiesen (act. II 28 S. 28). Ferner weisen die Gutachter der MEDAS D._____ (wie auch schon andere Ärzte zuvor [vgl. act. II 28 S. 28; 57]) ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die Depression wie auch das Schmerzgeschehen behandelbar und besserungsfähig seien, die Leistungsbereitschaft und Therapieadhärenz des Beschwerdeführers indes nicht genüge (act. IIA 125.1 S. 57). Ebenso wenig ist der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht im Rahmen der beruflichen Eingliederung (act. II 30) nachgekommen, sondern zeigte sich diesbezüglich vielmehr ablehnend und wenig kooperativ (act. II 63 S. 1; act. IIA 82; VGE IV/2009/1251, E. 3.4 [act. IIA 101 S. 17]), welches Verhalten – nachdem Eingliederungsmassnahmen aus medizinischer Sicht ausdrücklich empfohlen und als zumutbar erachtet worden waren (act. II 28 S. 28 f.) – als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung zu werten ist (vgl. BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.2). Mit Bezug auf die psychische Komorbidität (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.3) ist zunächst festzustellen, dass dieser keine Vorrangstellung mehr zukommt, sondern insbesondere unter dem Aspekt zu würdigen ist, ob und wenn ja inwieweit sie der versicherten Person Ressourcen raubt. Insoweit haben die Gutachter der MEDAS C._____ festgehalten, dass der Beschwerdeführer – trotz einfacher Struktur und mangelnder Differenzierungsfähigkeit – genügend psychische Ressourcen zu mobilisieren in der Lage sei, um mindestens einer teilweisen Arbeitstätigkeit nachzugehen (act. II 28 S. 28). Aus dem

Gutachten MEDAS D._____ ergeben sich keine gegenteiligen Hinweise. Insgesamt ist eine wesentlich ressourcenhemmende Eigenschaft des diagnostizierten depressiven Geschehens nicht erstellt.

Im Weiteren lässt auch der Komplex der Persönlichkeit (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.2 ff.) nicht auf eine (rechtlich erhebliche) Einschränkung der Leistungsfähigkeit schliessen: Dem Gutachten der MEDAS D._____ lassen sich keine Hinweise für eine gestörte Selbst- oder Fremdwahrnehmung oder Affektsteuerung entnehmen; die Stimmung war euthym und der Affekt im Allgemeinen nicht parathym; es bestanden ferner keine Einschränkungen der Exekutivfunktionen (act. IIA 125.3 S. 6). Eine spezifische Persönlichkeitsstörung konnte ausgeschlossen werden (S. 9 unten). Mit Bezug auf den sozialen Kontext (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.3) ist weiter festzustellen, dass der Beschwerdeführer einen Kollegenkreis hat, den er auch regelmässig trifft (S. 3); andererseits fehlen im Gutachten der MEDAS D._____ konkrete Hinweise auf belastende soziale Faktoren, so dass nicht ersichtlich ist, inwiefern soziale Umstände negative Auswirkungen auf die geltend gemachte Gesundheitsbeeinträchtigung haben könnten bzw. Ressourcen zu binden vermöchten.

Unter dem Aspekt der Konsistenz (BGer 9C_492/2014, E. 4.4) ist schliesslich festzuhalten, dass der fehlende soziale Rückzug und die mangelnde Therapieadhärenz, welche auf einen nicht erheblichen Leidensdruck hindeuten, als Indiz dafür zu werten sind, dass die geltend gemachten Einschränkungen nicht mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne zu erklären sind. Die Folgen der somit auch nach Rückweisung gemäss VGE IV/2009/1251 (vgl. E. 3.5 vorne) fortbestehenden Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. E. 3.3.2 vorne).

Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob mit Blick auf die aktenkundig ausgewiesene Selbstlimitierung und die bereits mehrfach erwähnte mangelhafte Therapieadhärenz im Sinne potentieller Ausschlussgründe gemäss BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 (vgl. E. 3.3.1 vorne) die vorgebrachte Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt rechtsgenügend ausgewiesen ist.

3.7.4 Nach dem Dargelegten erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt. In psychischer Hinsicht liegt somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor.

3.8 Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht für leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Einsatz der oberen Extremitäten unterhalb der Schulterhöhe voll arbeitsfähig; demgegenüber ist die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (vgl. E. 3.6.2). Auf dieser Grundlage ist sodann die Invalidität zu bemessen.

4.

4.1 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).

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

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

Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität /Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.4 Nachdem für die Bemessung des Invaliditätsgrades der Zeitpunkt des (potentiell) frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend ist, sich der Beschwerdeführer im Februar 2007 (act. II 1 S. 8) zum Leistungsbezug anmeldete und die (mindestens 40%ige) Arbeitsunfähigkeit mit dem Unfall im ... ihren Anfang genommen und in der Folge durchgehend fortbestanden hat (act. II 8 S. 14), sind Validen- und Invalideneinkommen unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende Dezember 2007 in Kraft gestandenen und vorliegend massgebenden Fassung auf das Jahr 2007 hin festzulegen.

4.5 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass der Beschwerdeführer als Gesunder auch fortan (in seiner angestammten Tätigkeit) als ... beim bisherigen Arbeitgeber gearbeitet hätte, zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt. Das jährliche Valideneinkommen beläuft sich per 2007 demnach auf Fr. 59'670.-- (Fr. 4'590.-- x 13 [act. II 7 S. 8; 4 S. 40]).

4.6 Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausschöpft, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE 2006 abzustellen (vgl. E. 4.3 vorne).

Dem (über keinen beruflichen Abschluss verfügenden [act. II 1 S. 4; 28 S. 11]) Beschwerdeführer sind leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Einsatz der oberen Extremitäten unterhalb der Schulterhöhe uneingeschränkt zumutbar (vgl. E. 3.8 vorne). Nicht mehr zumutbar ist die angestammte Tätigkeit als Praxisgemäss ist somit auf Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Arbeiten), Totalwert, Männer, abzustellen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Oktober 2013, 9C_633/2013, E. 4.2).

Die Voraussetzungen für einen zusätzlichen behinderungsbedingten Abzug (vgl. E. 4.3) sind – wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort zutreffend festgehalten hat (vgl. S. 6, Ziffer 10) – vorliegend nicht gegeben. Selbst unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10% ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad: Gestützt auf die LSE 2006 und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total) sowie den statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.05 Nominallohnindex, Männer, 2006-2010, Abschnitt Total) resultiert diesfalls per 2007 ein massgebliches Invalideneinkommen von minimal Fr. 54'130 (Fr. 4'732.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden + 1.6% [statistische Lohnerhöhung pro 2007] x 0.9).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von maximal Fr. 5'540.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 9% (Fr. 5'540.-- / Fr. 59'670.-- x 100 [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), womit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 2.1 vorne).

4.7 Nach dem Dargelegten erweist sich die Verfügung vom 25. Juli 2014 als rechtens. Insbesondere erübrigt sich bei diesem Ergebnis die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, da der Beschwerdeführer mangels invalidisierendem psychischem

Gesundheitsschaden die Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten in der Lage ist.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.