

200 16 1098 IV bis
200 16 1100 IV (3)
SCJ/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. April 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend drei Verfügungen vom 7. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt bzw. bis Ende Dezember 2012 als „Allrounder“ (Maler- und Gipserarbeiten, Platten legen, Räumungen) bei einer Firma für ... erwerbstätig, meldete sich am 11. Juni 2013 unter Hinweis auf eine (bei einem Sturz am ... 2012) traumatisierte fortgeschrittene Omarthrose in der rechten Schulter mit nachfolgender Implantation einer Prothese bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; 7.1 S. 53; 13 S. 2; 16 S. 1 f.). Die IVB zog die Akten des zuständigen Unfallversicherers Suva bei (act. II 7.1), holte Berichte behandelnder Ärzte ein und klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab. In der Folge gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form von Unterstützung und Beratung bei der Suche einer neuen Arbeitsstelle (act. II 15) sowie Arbeitsvermittlung (act. II 23) und erteilte – unter Zusprechung eines auf einem massgebenden Taggeldansatz von Fr. 136.-- beruhenden Taggeldes (act. II 28) – Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (act. II 25; 40). Im entsprechenden Schlussbericht hielten die Eingliederungsfachpersonen der BAND-Genossenschaft (nachfolgend: BAND) fest, der Versicherte sei aufgrund der deutlich eingeschränkten physischen und psychischen Belastbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar (act. II 49 S. 2). In der Folge wurde er im Sinne einer „Arbeit zur Zeitüberbrückung“ befristet bis Ende September 2014 im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes im BAND angestellt (act. II 44; 51). Zudem liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 13. Januar 2015 [act. II 52.1]). Mit Vorbescheid vom 27. Februar 2015 (act. II 53) teilte sie ihm mit, es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der IV, weil die geklagten psychischen Beschwerden überwindbar seien und demnach keine Invalidität im Rechtssinne vorliege. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 57) und einen Operationsbericht betreffend eine am 19. November 2014 erfolgte Punktion der rechten Schulter einreichen, woraufhin die IVB den Versicherten durch die Dres. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische

Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, des F. _____ (MEDAS), erneut begutachten liess (Expertise vom 4. April 2016 [act. II 86.1]). Nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 (act. II 101 S. 2 ff.) rückwirkend eine für die Zeit von Dezember 2013 bis März 2014 befristete ganze Invalidenrente zu und verneinte – bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% – einen weiteren Anspruch ab April 2014. Mit zwei weiteren Verfügungen vom 7. Oktober 2016 reduzierte die IVB den massgeblichen Taggeldansatz für die Zeit vom 6. Januar bis 31. März 2014 unter Verrechnung mit den für denselben Zeitraum ausgerichteten Rentenleistungen von Fr. 136.-- auf Fr. 107.50 (act. II 102) und forderte das für den fraglichen Zeitraum ihres Erachtens zuviel ausbezahlte Taggeld im Umfang von Fr. 2'271.10 zurück (act. II 103).

B.

Gegen die Verfügungen vom 7. Oktober 2016 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 7. November 2016 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügungen vom 7. Oktober 2016 seien aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2013 eine ganze Rente und ab dem 1. April 2014 eine Dreiviertelsrente zuzüglich Verzugszins seit jeweiliger Fälligkeit zuzusprechen.

Eventualiter: Die Akten seien zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, gemäss dem überzeugenden Gutachten von Dr. med. C. _____ seien die psychischen Beschwerden entgegen der IVB therapeutisch nicht mehr angehenbar und damit invalidisierend (S. 6, Ziffer 2 f.). Auf das MEDAS-Gutachten sei demgegenüber schon deshalb nicht abzustellen, weil für dessen Durchführung kein Anlass bestanden habe und insoweit ein unzulässiges „Gutachten-Shopping“ vorliege (S. 7, Ziffer 5). Unter Zugrunde-

legung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit resultiere somit ein IV-Grad von 63%, wobei für das Invalideneinkommen die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2010 und nicht 2014 massgebend seien (S. 7, Ziffer 6). Im Übrigen sei die von den MEDAS-Gutachtern postulierte 75%ige Arbeitsfähigkeit nach deren Auffassung ohnehin erst nach Durchführung einer Therapie innert Jahresfrist bzw. ab April 2017 erreichbar, weshalb der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente weiter bestehe, zumal der Beschwerdeführer nicht (im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens) zur Durchführung einer Therapie aufgefordert worden sei (S. 8, Ziffer 9 und S. 9 Ziffer 11). Selbst bei einer Arbeitsfähigkeit von 75% resultiere jedoch ein IV-Grad von 45% (S. 9, Ziffer 10). Schliesslich mache die Aufhebung der Rentenverfügung vom 7. Oktober 2016 die Taggeldverfügung hinfällig (S. 9, Ziffer 13).

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie hauptsächlich geltend, beim MEDAS-Gutachten handle es sich entgegen dem Beschwerdeführer nicht um eine unzulässige second opinion; vielmehr sei dessen Veranlassung zwecks interdisziplinärer Würdigung des medizinischen Sachverhalts notwendig gewesen, nachdem eine weitere Schulteroperation durchgeführt und die Rechtsprechung zu den psychosomatischen Beschwerden geändert worden sei. Da zudem die psychischen Beschwerden therapierbar seien und überdies auch psychosoziale Belastungen vorlägen, erwiesen sich jene als nicht invalidisierend, womit sich mit Blick auf die Rentenherabsetzung die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erübrige.

Mit an die Beschwerdegegnerin gerichtetem Schreiben vom 21. Dezember 2016 erwog der Instruktionsrichter, aus der Arbeitgeberbescheinigung vom 21. August 2013 gehe hervor, dass der Beschwerdeführer ab Mai 2012 bis zur Aufgabe der Arbeit im Dezember 2012 unverändert einen Monatslohn von Fr. 5'525.-- erzielt habe. Ein 13. Monatslohn oder eine Gratifikation seien im Jahre 2012 nicht ausgerichtet worden, was einem Jahresverdienst von Fr. 66'300.-- entsprechen und – unter Berücksichtigung der Rente – einen Taggeldanspruch pro Kalendertag von Fr. 116.80 ergeben würde.

Die Beschwerdegegnerin werde ersucht, zu diesem Aspekt innert Frist im Rahmen einer ergänzenden Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 6. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die angefochtenen Verfügungen seien insofern anzupassen, als der Taggeldanspruch ausgehend von einem massgebenden Jahreseinkommen von Fr. 66'300.-- neu zu berechnen sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. März 2017 stellte der Instruktionsrichter die Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2016 und deren Ergänzung vom 6. März 2017 (inklusive der vorangegangenen Anfrage des Instruktionsrichters) dem Beschwerdeführer zu, welcher sich in der Folge zur Höhe des Taggeldanspruchs nicht äusserte.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 bilden die Verfügungen vom 7. Oktober 2016 (act. II 101 ff.). Streitig und zu prüfen ist zunächst der Anspruch auf eine Invalidenrente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungs-befugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413). Folglich sind vorliegend nicht nur die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise beanstandeten Rentenbezugszeiten, sondern ist der gesamte Leistungszeitraum zu beurteilen.

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die „Aufhebung der Rentenverfügung vom 7. Oktober 2016“ mache „die Taggeldverfügung vom 7. Oktober 2016 in dieser Form hinfällig, weshalb auch diese aufzuheben und entsprechend anzupassen“ sei. Streitig und zu prüfen sind demnach Bestand und Höhe des Taggeldanspruchs für die Dauer der Eingliederungsmassnahmen sowie die Rückerstattung der im nämlichen Zeitraum angeblich zuviel bezogenen Taggelder im Umfang von Fr. 2'271.10.

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 die angefochtenen Entscheide 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.

Zu prüfen ist zunächst der Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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.

2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.3.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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

3.

3.1 Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum seit der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juni 2013 (act. II 2 S. 6) bis zur angefochtenen Rentenverfügung vom 7. Oktober 2016 (act. II 101 S. 2 ff.) präsentierte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Gemäss der zu Handen der Suva ausgefüllten Schadenmeldung UVG vom 8. Januar 2013 stürzte der Beschwerdeführer am ... 2012 auf

glatter Strasse und zog sich dabei eine Verletzung der rechten Schulter zu (act. II 7.1 S. 61). Es persistierten Beschwerden und Bewegungseinschränkungen (S. 52; 55) bei traumatisierter fortgeschrittener Omarthrose rechts (S. 25), wobei ab dem 8. Dezember 2012 bis auf weiteres eine (durchgehende) 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (S. 33; act. II 13 S. 3). Nachdem konservative Massnahmen keine wesentliche Besserung der Beschwerden gebracht hatten, erfolgte am ... 2013 die Implantation einer Schulterprothese rechts (act. II 13 S. 2).

3.1.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH sowie Tropenmedizin und Reisemedizin, RAD, hielt im Rahmen der Sprechstunde vom 17. September 2013 (act. II 17 S. 1) fest, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr möglich. Eine angepasste Tätigkeit könne zugemutet werden, mit Steigerung ab 1. Oktober 2013 auf 50% und innerhalb von weiteren drei Monaten auf 100%. Die Arbeit solle nicht schulterbelastend sein und keine Überkopfarbeiten der rechten Schulter beinhalten; sodann seien repetitive Belastungen des extendierten Armes sowie Lasten über 15kg zu vermeiden.

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 24. September 2013 (act. II 20 S. 3) fest, hinsichtlich des Status nach Implantation einer Schulter-Totalprothese rechts gehe es dem Beschwerdeführer zunehmend besser. Die Schmerzproblematik habe sich reduziert und er könne einen regelhaften Verlauf seitens Wiedererlangung der Schulterfunktion verzeichnen. Er – Dr. med. H. _____ – rechne aber damit, dass bis ein halbes Jahr postoperativ noch eine Kraft- und Beweglichkeitsminderung vorhanden sei und der Beschwerdeführer somit bis zur Erlangung des medizinischen Endzustandes noch arbeitsunfähig sei. Im weiteren Verlauf bleibe festzuhalten, dass er mit einer Schulterprothese (Typ Delta 3) in seinem angestammten Beruf als Bauarbeiter dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig sein werde.

3.1.4 Im Rahmen der Sprechstunde vom 27. September 2013 (act. II 21) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ fest, der Arbeitsbeginn sei spätestens auf den 1. Januar 2014 zu planen. Das Arbeitspensum könne innerhalb von drei Monaten von 50 auf 100% gesteigert werden.

3.1.5 Mit Bericht vom 18. Januar 2014 (act. II 33) hielt Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen fest: Anhaltende agitiert-depressive Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) im Rahmen einer anamnestisch bekannten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1, Kriegstrauma in ... – ...) sowie ein Status nach Unfall am Arbeitsplatz mit Schulterfraktur rechts, Schulterprotheseneinbau rechts und persistierenden schmerzhaft-invalidisierenden Funktionsbeschwerden. Die regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung erfolge seit dem 29. Juli 2013 bei ihm (S. 1). Vor allem die belastungsabhängigen Schulter-Arm-Residualbeschwerden rechts führten zu einer anhaltenden starken Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für alle mittelschweren- und schweren Erwerbstätigkeiten (S. 2). Die bisher eingeleiteten orthopädischen, physiotherapeutischen, medikamentösen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen hätten kaum zu einer anhaltenden weiteren klinischen Zustandsverbesserung und zu keiner anhaltenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt. Gegenwärtig und in absehbarer Zeit könne kaum mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden. Das seit 6. Januar 2014 angefangene halbtägige Arbeitstraining im BAND werde sehr wahrscheinlich erfolglos vorzeitig abgebrochen, da der Beschwerdeführer die aktuellen Belastungen schmerz- und behinderungsbedingt kaum länger aushalten könne (S. 3).

3.1.6 Im Bericht vom 6. Februar 2014 (act. II 35) hielt Dr. med. H._____ fest, subjektiv hätten sich die Schmerzen minim gebessert; objektiv bestehe klinisch eine weitere leichte Verbesserung der aktiven Abduktion. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50%. Im Prinzip sei er bei angepasster Arbeit für einen ganztägigen Einsatz in der Lage. Das Halten einer Bohrmaschine bzw. Überkopfarbeiten oder Heben von Lasten über 10kg seien problematisch.

3.1.7 Am 19. November 2014 erfolgte bei Verdacht auf einen implantat-assoziierten Infekt eine Punktion der rechten Schulter, welche unkompliziert verlief (act. II 57 S. 16).

Im Bericht zur Nachkontrolle vom 12. Januar 2015 (act. II 60 S. 5 f.) wurde festgehalten, ein implantatassoziiertes Infekt der rechten Schulter sei praktisch ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer berichte über Dauerschmer-

zen in der Schulter, welche durch Bewegung der Schulter deutlich verstärkt würden (S. 5). Die Schulterbeschwerden seien auf das Impingement zurückzuführen. Eine Linderung der Schmerzen könne somit lediglich mit einer Revision der Prothese erreicht werden. Der Beschwerdeführer möchte sich das Ganze nochmals überlegen und melde sich bei Bedarf (S. 6).

3.1.8 Im psychiatrischen Gutachten vom 13. Januar 2015 (act. II 52.1) stellte Dr. med. C. _____ die folgenden Diagnosen (S. 33 f.):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- PTBS (ICD-10 F43.1)
- Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.1)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3)

Von Seiten der depressiven Störung lägen eine Antriebseinschränkung, eine Müdigkeit, eine Motivationsarmut, dann aber auch kognitive Defizite, ein Interessensverlust, eine depressive Stimmungslage, Schlafstörungen u.s.w. vor, von Seiten der PTBS insbesondere Nachhallerinnerungen, Alpträume, dann auch eine emotionale Stumpfheit sowie ein Vermeidungsverhalten (S. 34). Bezüglich der Schmerzen könne aufgrund der klaren Belastungsabhängigkeit keine psychiatrische Diagnose wie etwa eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt werden, weil insbesondere das Kernkriterium eines „andauernden Schmerzes“ fehle (S. 29). Auch wenn die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung grundsätzlich adäquat sei, schlage er – Dr. med. C. _____ – eine medikamentöse Optimierung vor, auch wenn Verbesserungen der Befunde eher als möglich denn als wahrscheinlich zu erachten seien; das Therapiesetting sei zu erhöhen (S. 31). Aktuell könne aufgrund der beschriebenen depressiven Befunde unter Einhaltung einer längeren Erholungspause über den Mittag realistischerweise von einer 50%igen Arbeits- bzw. Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Das Zumutbarkeitsprofil fusse vollumfänglich auf den Befunden der Depression bzw. vor allem auf den Befunden der Antriebsstörung, der Müdigkeit und der kognitiven Defizite. Auf Grund der Nachhallerinnerungen, welche mitunter zu einer weiteren kognitiven Ein-

busse führten, bzw. eine vermehrte Ablenkbarkeit zur Folge hätten, seien vor allem qualitative Einschränkungen zu erwarten, welche im Schweregrad nur schwer zu beziffern seien. Wenn davon ausgegangen werde, dass die Nachhallerinnerungen täglich und über einen längeren Zeitraum auftreten, sei aber von erheblichen qualitativen Einschränkungen auszugehen. In diesem Sinne dürfte der Beschwerdeführer nur noch Tätigkeiten ausüben können, welche minimale kognitive Anforderungen stellten. Realistischerweise sei von einem 50%-Pensum, verteilt auf den Morgen und den Nachmittag auszugehen, unterbrochen mit einer längeren Mittagspause, mit klaren, einfachen und repetitiven Arbeiten in ruhiger und hektikarmer Arbeitsumgebung. Eine solche Zumutbarkeit dürfte letztlich mit einem marktwirtschaftlichen Umfeld nicht vereinbar sein, womit der Beschwerdeführer in geschütztem Rahmen beschäftigt werden sollte (S. 32 f.).

3.1.9 Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der MEDAS vom 4. April 2016 (act. II 86.1) hielten die Dres. med. D. _____ und E. _____ interdisziplinär die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen fest (S. 38):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schmerzpersistenz nach Implantation einer inversen Schulterprothese rechts .../2013
- Anhaltende mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom, bestehend seit etwa 12/2012; ICD-10 F33.11

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- PTBS; ICD-10 F43.1
- Adipositas

Der begutachtende Orthopäde Dr. med. D. _____ hielt fest, die Arbeitsfähigkeit als ... in einer ..., einer körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeit mit nicht seltenen Arbeiten über der Horizontalen, betrage aufgrund der schmerzhaften inversen Schulterprothese rechts bei voller Stundenpräsenz spätestens seit 01/2014 20% (Arbeitsunfähigkeit 80%). Ab 06/2013 bis zu diesem Zeitpunkt habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit von 0% (Arbeitsunfähigkeit 100%) bei voller Stundenpräsenz bestanden. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe auch für adaptierte Tätigkeiten von 06/2013 bis

12/2013 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0% (Arbeitsunfähigkeit 100%) bestanden. Körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen könnten seit 01/2014 bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden (S. 8).

Im polydisziplinären Konsens hielten die Gutachter im Wesentlichen fest, die PTBS könne einem syndromalen Beschwerdebild zugeordnet werden. Auf der Grundlage dieser PTBS und im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen infolge Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen lasse sich seit 12/2012 eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom erheben. Es stehe die anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Zusammenhang mit der PTBS und es handle sich nicht um eine eigenständige, von der PTBS unabhängige oder verselbständigte depressive Störung. Damit bestehe keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Es fänden sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung und die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge seien im Zusammenhang mit der PTBS zu sehen. Bei der Beurteilung des sozialen Kontextes liessen sich psychosoziale Belastungen, insbesondere durch Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme, erheben, die sich negativ auf die depressive Störung auswirkten. Jedoch kämen diese psychosozialen Belastungen nicht als alleinige Ursache der depressiven Störung in Betracht. Auch verfüge der Beschwerdeführer über vorhandene und mobilisierbare Ressourcen mit intakter familiärer Situation und er wirke gut kommunikations- und relativ gut kontaktfähig. Sodann seien die therapeutischen Optionen nicht ausgenutzt und es sei unter einer Intensivierung der therapeutischen Massnahmen durchaus eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Besserung der depressiven Störung und Abschwächung der Symptome der PTBS zu erwarten. Es liege keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz vor (S. 36 f.). Der Beschwerdeführer zeige kaum Motivation und keine Interessen, ziehe sich sozial zurück und meide damit soziale und berufliche Kontakte. Jedoch liessen sich vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung vermehrte Aktivitäten erheben, indem er zumindest einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sei, jedoch keine wesentlichen anderen Interessen gezeigt habe. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich überwiegend konsistent, jedoch könne das ausgeprägte Vermei-

dungsverhalten, indem er keinerlei Aktivitäten verrichte, nur teilweise nachvollzogen werden und stehe auch im Widerspruch zu seiner Selbsteinschätzung mit einer Restarbeitsfähigkeit von etwa 40% (S. 38).

Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, wenn möglich in kleinen Teams oder an einem Einzelarbeitsplatz, ohne Lärmbelastung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, könnten seit 12/2012 zu 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%) bei voller Stundenpräsenz zugemutet werden, wobei es sich seit 01/2014 zusätzlich um körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen handeln sollte. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe auch für adaptierte Tätigkeiten von 06/2013 bis 12/2013 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0% (Arbeitsunfähigkeit 100%) bestanden. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit bestehe seit 12/2012 und einer sofortigen beruflichen Eingliederung ständen keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen. Mittels therapeutischer Massnahmen sei prognostisch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75% (in angepasster Tätigkeit) innert Jahresfrist zu erwarten (S. 39).

3.1.10 Im zu Händen der Arbeitslosenversicherung erstellten Schlussbericht AMM vom 9. September 2016 zur Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit (act. II 100 S. 2 ff.) wurde festgehalten, aufgrund der Abklärungsergebnisse sei davon auszugehen, dass die Arbeitsmarktfähigkeit bezüglich der Schlüsselkompetenzen wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit grundsätzlich gegeben sei. In der Gesamtbeurteilung überwiegen die gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere die fehlende konstante Verfügbarkeit, so dass die Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers zum heutigen Zeitpunkt als sehr eingeschränkt zu beurteilen sei. Er werde auf einen Nischenarbeitsplatz, mit Verständnis auf die gesundheitlichen Einschränkungen und deren Auswirkungen, angewiesen sein. Es sei fraglich, ob eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt solche Rahmenbedingungen bieten werde (S. 4).

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 Zunächst zielt der Vorwurf des Beschwerdeführers, mit Bezug auf das MEDAS-Gutachten vom 4. April 2016 (act. II 86.1) liege ein „Gutachten-Shopping“ – mithin eine unzulässige second opinion – vor, ins Leere: Bereits im Rahmen des gegen den ersten Vorbescheid vom 27. Februar 2015 (act. II 53) gerichteten Einwands machte der schon damals anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ausdrücklich geltend, der Gesundheitszustand sei ungenügend abgeklärt, indem auf ein orthopädisches Gutachten verzichtet worden sei. Es sei – sofern die

Beschwerdegegnerin Zweifel an der physischen Ursache der Schmerzen habe – ein „interdisziplinäres respektive orthopädisches Gutachten in Auftrag zu geben“ (act. II 57 S. 10). Mit Schreiben vom 22. April 2015 (act. II 60 S. 1) beantragte der Beschwerdeführer sodann ausdrücklich die Durchführung eines interdisziplinären Gutachtens. Unter diesen Umständen erweist sich seine Kritik demnach als offensichtlich widersprüchlich. Im Übrigen war die Veranlassung eines orthopädisch-psychiatrischen Gutachtens sachlich geboten: Nach der Zustellung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C._____ an die Beschwerdegegnerin im Januar 2015 wurden die Schulterbeschwerden rechts weiter untersucht (act. II 57 S. 16) und es stand eine Reoperation zur Diskussion (act. II 60 S. 6); zudem verneinte Dr. med. C._____ mit Bezug auf die körperlich empfundenen Schmerzen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. II 52.1 S. 29) bzw. schloss insoweit auf eine (durch den Orthopäden abzuklärende [S. 37]) somatische Genese, weshalb es richtig war, den Gesundheitszustand und dessen funktionelle Auswirkungen umfassend, mithin interdisziplinär – unter Einbezug der orthopädischen und psychiatrischen Fachdisziplin – erneut abzuklären. Schliesslich hatte der Beschwerdeführer weder gegen die vorgesehene Begutachtung in der MEDAS an sich noch gegen die begutachtenden Ärzte Einwände (act. II 82). Somit liegt bezüglich des MEDAS-Gutachtens vom 4. April 2016 keine unzulässige second opinion vor.

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

3.5 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. April 2016 (act. II 86.1) bestand in somatischer Hinsicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als ... in einer ... als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit für die Zeit von 06/2013 bis 12/2013 im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 01/2014 sind körperlich leichte Tätigkeiten ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zumutbar (S. 8). Diese Einschätzung überzeugt in beweismässiger Hinsicht (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt

vollen Beweis. Insbesondere korreliert sie mit der Einschätzung des operierenden Arztes Dr. med. H. _____ (act. II 35) sowie jener des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ (act. II 17 S. 1; 21). Auch liegen keine Berichte im Recht, welche (rein medizinische) Aspekte aufzeigten, die unberücksichtigt geblieben wären. Gegenteiliges macht insoweit auch der Beschwerdeführer nicht geltend.

In Ergänzung zu den gutachterlichen Ausführungen ist hinsichtlich des Zeitraums zwischen der am 8. Dezember 2012 erfolgten Traumatisierung der rechten Schulter bis zu deren operativen Versorgung im Juni 2013 (act. II 13 S. 2) mit Blick auf die in E. 3.1 vorne dargelegte Aktenlage von einer durchgängigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen (vgl. auch act. II 50 S. 2).

3.6

3.6.1 In psychischer Hinsicht liegt gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 4. April 2016 (act. II 86.1) insbesondere eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende anhaltende mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom sowie eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende PTBS vor. Soweit die Beschreibung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und die Diagnosestellung betreffend, erfüllt das Gutachten auch insoweit die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und stimmt im Wesentlichen mit der übrigen medizinischen Aktenlage – insbesondere mit dem Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 13. Januar 2015 (act. II 52.1) – überein. Es liegt sodann keine von der Einschätzung des Experten abweichende fachärztliche Beurteilung vor, die konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens zu begründen vermöchte. Gegenteiliges macht der Beschwerdeführer auch insoweit nicht geltend.

3.6.2 Mit Bezug auf die Natur des (psychischen) Beschwerdebildes hielt Dr. med. E. _____ fest, die beschriebene PTBS könne einem syndromalen Beschwerdebild zugeordnet werden. Auf der Grundlage der PTBS und im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen infolge Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen lasse sich eine anhaltende mittelgradige de-

pressive Episode mit somatischem Syndrom erheben. Es stehe die anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Zusammenhang mit der PTBS und es handle sich nicht um eine eigenständige, von der PTBS unabhängige oder verselbständigte depressive Störung (act. II 86.1 S. 26 f.). Dies wiederholten die Gutachter auch im Rahmen der polydisziplinären Konsensbeurteilung (S. 36). Ebenso beurteilte Dr. med. C._____ die Depression u.a. im Kontext der PTBS (act. II 52.1 S. 30) und auch dem Bericht von Dr. med. I._____ vom 18. Januar 2014 (act. II 33) lässt sich nichts wesentlich Anderes entnehmen.

Mit BGE 142 V 342 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 auch auf eine PTBS als anwendbar erklärt. Ob in psychiatrischer Hinsicht ausschliesslich von einer Schmerzstörung bzw. einer PTBS im Sinn eines „unklaren Beschwerdebildes“ auszugehen ist, dessen Rentenrelevanz sich nach BGE 141 V 281 beurteilt (vgl. E. 3.7 hinten), entscheidet sich danach, ob die mittelgradige depressive Episode lediglich als Begleiterscheinung der Schmerzfehlentwicklung bzw. der PTBS oder als selbständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 4.2).

Wie hiavor dargelegt, stellte und stellt die depressive Störung keine eigenständige Störung dar, sondern hat sich auf der Grundlage der PTBS entwickelt und etabliert, womit sich die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach BGE 141 V 281 richtet. Soweit der Beschwerdeführer deshalb geltend macht, die Beschwerdegegnerin setze sich in Widerspruch zu sämtlichen medizinischen Beurteilungen, welche dem Beschwerdeführer eine psychisch bedingte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit attestierten, kann er aus dieser rein medizinischen Einschätzung allein noch nichts zu seinen Gunsten ableiten, woran auch nichts ändert, dass – wie dargelegt – dem MEDAS-Gutachten 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 BGer vom 14. Juli 2016, 8C_131/2016, E. 2.2).

3.7 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

3.8

3.8.1 Was die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und den Komplex „Gesundheitsschädigung“ anbelangt, so stimmen die Gutachten darin überein, als sowohl Dr. med. C. _____ als auch Dr. med. E. _____ die Diagnose einer PTBS unter Hinweis auf die vom Beschwerdeführer geschilderten, als typisch bezeichneten Symptome (insbesondere Flashbacks) bestätigen (vgl. act. II 52.1 S. 28; 86.1 S. 25). Allerdings attestierte Dr. med. E. _____ insoweit sowohl aus isoliert psychiatrischer Sicht (S. 23) als auch im polydisziplinären Kontext (S. 38) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, was gegen eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde spricht. Auch Dr. med. C. _____ hielt fest, dass das Zumutbarkeitsprofil ausschliesslich auf den Befunden der Depression fusse bzw. die infolge der geltend gemachten Nachhallerinnerungen bestehenden qualitativen Einschränkungen schwer zu beziffern seien, bei täglichen Nachhallerinnerungen jedoch von einer erheblichen (qualitativen) Beeinträchtigung auszugehen sei (act. II 52.1 S. 32). Insoweit ist indes zu beachten, dass der Beschwerdeführer während über neun Jahren (ununterbrochen) im Arbeitsprozess integriert war und während dieser Zeit offenbar auch nicht in psychiatrischer Behandlung stand (vgl. S. 20), was gegen die von Dr. med. C. _____ postulierte, ohnehin mit erheblichen Unsicherheiten behaftete Annahme einer relevanten PTBS-bedingten (qualitativen) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit gegen eine entsprechend ausgeprägte Befundlage spricht. Auch kann nicht ausgeblendet werden, dass namentlich Dr. med. C. _____ auf gewisse Widersprüche in den Beschwerdenangaben hinwies (S. 29). Schliesslich prägen soziokulturelle und psychosoziale Faktoren – wenngleich nicht im Vordergrund stehend – das Beschwerdebild mit (vgl. act. II 52.1 S. 37; 86.1 S. 40). Insgesamt lässt somit die Schwere des Krankheitsgeschehens nicht schon auf eine erhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit schliessen.

3.8.2 Mit Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ ist festzuhalten, dass entgegen dem Beschwerdeführer die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft sind. Dies gilt sowohl hinsichtlich der PTBS als auch der die Arbeitsfähigkeit – je nach Gutachter allein (act. II 86.1 S. 38) oder im Wesentlichen (act. II 52.1 S. 32) – einschränkenden komorbiden depressiven Störung: Insoweit geht aus den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. med. I._____ gegenüber dem Gutachter Dr. med. C._____ hervor, dass jener den Beschwerdeführer „vor vielen Jahren“ wegen einer ähnlichen posttraumatischen Symptomatik behandelt habe, in der Folge jedoch „sicherlich mehr als acht Jahre [...], wahrscheinlich sogar länger“, keine Behandlungen mehr stattgefunden hätten (act. II 52.1 S. 19 f.); dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit anderweitig therapeutische Massnahmen in Anspruch genommen hätte, ist nicht ersichtlich. Erst ab Juli 2013 liess sich der Beschwerdeführer durch Dr. med. I._____ wiederum psychotherapeutisch behandeln (act. II 33 S. 1), wobei Inhalt der Sitzungen hauptsächlich „seine Bilder mit Kriegsinhalt“ bildeten und die Therapien lediglich einmal monatlich stattfanden (act. II 52.1 S. 18). Zudem erfolgte bislang keine stationäre Behandlung (act. II 33 S. 1), weshalb insgesamt nicht von einer konsequenten Therapie gesprochen werden kann. Dr. med. C._____ schlug denn auch eine Erhöhung des Therapiesettings auf zwei Sitzungen wöchentlich sowie eine medikamentöse Optimierung vor (act. II 52.1 S. 31), während Dr. med. E._____ eine tagesstrukturierende, teilstationäre Behandlung empfiehlt (act. II 86.1 S. 27). Zwar beurteilen die Gutachter die Erfolgsaussichten weiterer therapeutischer Massnahmen unterschiedlich: Während Dr. med. C._____ eine Befundverbesserung lediglich „eher als möglich denn als wahrscheinlich“ erachtet (act. II 52.1 S. 31), kann gemäss Dr. med. E._____ eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Besserung der depressiven Störung und Abschwächung der Symptome der PTBS erwartet werden (act. II 86.1 S. 28). Von einer überwiegend wahrscheinlich erstellten Therapieresistenz (vgl. Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 4.2) kann demnach keine Rede sein, zumal eine allfällige mangelhafte Kooperation – Dr. med. C._____ ging noch von einer guten Medikamentencompliance aus (act. II 52.1 S. 31), während Dr. med. E._____ die Compliance mit Blick auf den geringen

Medikamentenblutspiegel als fraglich erachtete (act. II 86.1 S. 28) – nicht auf eine (invalidenversicherungsrechtlich allein massgebende) krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz zurückzuführen wäre (S. 28).

3.8.3 Sodann bestehen auch keine schweren, persönliche Ressourcen raubenden psychischen oder somatischen Komorbiditäten: In somatischer Hinsicht konnte Dr. med. D._____ das Ausmass der (gegenüber den Gutachtern allein belastungsabhängig geschilderten [act. II 52.1 S. 22 und 29; 86.1 S. 16]) Schmerzen und der demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde der rechten Schulter nicht ganz nachvollziehen (act. II 86.1 S. 7), wobei er ab Januar 2014 für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte (S. 8). Indem – dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 3.8.2 hiavor) – die zur PTBS komorbide depressive Störung nach wie vor therapeutisch angebar ist, kommt auch ihr keine wesentlich ressourcenhemmende Eigenschaft zu.

3.8.4 Mit Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ sind keine Hinweise ersichtlich, welche Rückschlüsse auf ein vermindertes Leistungsvermögen zulassen. So hielt Dr. med. E._____ explizit fest, Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung fänden sich nicht bzw. die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge seien im Zusammenhang der PTBS zu sehen (S. 27). Anderweitiges ergibt sich auch nicht aus den übrigen medizinischen Akten.

3.8.5 Was den Komplex „Sozialer Kontext“ anbelangt, so folgt sowohl aus dem Gutachten von Dr. med. C._____ als auch aus dem MEDAS-Gutachten, dass der Beschwerdeführer in intakten ehelichen und familiären Verhältnissen lebt (act. II 52.1 S. 15; 86.1 S. 18), womit der soziale Kontext des Beschwerdeführers durchaus mobilisierbare Ressourcen bereithält.

3.8.6 Mit Bezug auf die Kategorie „Konsistenz“ und dem Indikator der „gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ folgt aus den Gutachten übereinstimmend, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben den ganzen Tag mehr oder weniger nur in der Wohnung sitze und nichts mache (act. II 52.1 S. 15 f.; 86.1 S. 18 f.), was von Dr. med. C._____ als Tendenz zur Aggravation und im MEDAS-Gutachten als nur teilweise

nachvollziehbar eingeschätzt wurde (act. II 52.1 S. 29; 86.1 S. 38). Nur auf konkrete Nachfragen von Dr. med. C._____ hin gab der Beschwerdeführer an, bisweilen auch ein Fussballspiel in einem Stadion zu besuchen (act. II 52.1 S. 16). Wie es sich mit der Plausibilität der beschwerdeführerischen Angaben insoweit verhält, kann indessen offen bleiben. Unter konsistenzspezifischem Blickwinkel entscheidend ist vielmehr der Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben auch früher keine Hobbies hatte (act. II 86.1 S. 19), womit seine (vordergründige) Passivität jedenfalls nicht ohne weiteres (und ausschliesslich) als krankheitsbedingt erklärt werden kann. Mit andern Worten lassen sich durch einen Vergleich zwischen dem früheren Aktivitätenniveau mit jenem, wie es sich im vorliegend massgeblichen Zeitraum zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juni 2013 und der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 präsentierte, keine Rückschlüsse hinsichtlich der geltend gemachten Funktionseinschränkungen in erwerblicher Hinsicht ziehen. Hingegen ist mit Blick auf die bisher wenig konsequente Behandlung der psychischen Beschwerden (vgl. E. 3.8.2 vorne) von einem zumindest nicht ausgeprägten Leidensdruck auszugehen.

3.8.7 Insgesamt lässt sich eine 40%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. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Ausschöpfung seiner vorhandenen Ressourcen in der Lage ist, eine leidensangepasste Beschäftigung in leistungsausschliessendem Ausmass zu verrichten. Ist ein rechtsgenügender Bezug zwischen der bzw. den gestellten Diagnose(n) und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, hat der materiell beweisbelastete Beschwerdeführer die Folgen zu tragen (vgl. E. 3.7 vorne).

Zum selben Ergebnis führte es, wenn die depressive Symptomatik – mit Blick auf deren vorliegend prägenden Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit

(vgl. E. 3.6.1 vorne) – als selbständiges Leiden qualifiziert würde mit der Folge, dass die Invalidität nicht nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu prüfen wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 10. März 2017, 8C_813/2016, E. 4), fehlt es doch leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, solange sie – wie hier – therapeutisch angebar sind (vgl. E. 3.8.2 vorne), an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen (BGer, 8C_14/2017, E. 4.2).

3.9 Zusammenfassend steht fest, dass dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne häufiges Arbeiten über der Horizontalen eine 100%ige Arbeitstätigkeit ab Januar 2014 bei voller Stundenpräsenz uneingeschränkt zumutbar ist. Für die Zeit davor, mithin von Dezember 2012 bis und mit Dezember 2013, bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In psychischer Hinsicht ist mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juni 2013 und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 eine Invalidität im Rechtssinne nicht erstellt, weshalb insoweit keine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit gegeben ist. Bei diesem Ergebnis kann der Beschwerdeführer mit seinem Vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe ihn nicht (im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens) zur Durchführung einer Psychotherapie aufgefordert, demnach nichts zu seinen Gunsten ableiten.

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).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns massgebend. Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben; allfällige rentenwirksame

Änderungen der Vergleichseinkommen müssen bis zum Verfügungszeitpunkt berücksichtigt werden (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 S. 223 f.; Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 6.2).

4.2 Im Zeitraum vom 8. Dezember 2012 bis und mit Dezember 2013 war der Beschwerdeführer ohne wesentlichen Unterbruch zu 100% arbeits- und erwerbsunfähig (vgl. E. 3.5 und 3.9 vorne). Demnach trat der Versicherungsfall „Invalidenrente“ – unter Berücksichtigung der im Juni 2013 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (Art. 29 Abs. 1 IVG) – am 8. Dezember 2013 ein, nachdem das Wartejahr in diesem Zeitpunkt abgelaufen war (vgl. E. 2.2 vorne). Der Beschwerdeführer hat demnach ab 1. Dezember 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 100% Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Art. 29 Abs. 3 IVG).

4.3 Ab Januar 2014 erlangte der Beschwerdeführer in einer den Leiden angepassten Tätigkeit wiederum die volle Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit, womit der per 1. Dezember 2013 entstandene Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. 4.2 hiavor) zu revidieren ist (vgl. E. 2.3 und 3.9 vorne):

4.3.1 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist mit Blick auf die langjährige Tätigkeit beim letzten Arbeitgeber erstellt, dass der Beschwerdeführer als Gesunder auch weiterhin in seiner angestammten Tätigkeit im Bereich des ... gearbeitet hätte, zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt. Was sodann die Höhe des Valideneinkommens betrifft, so kann nicht auf den beim letzten Arbeitgeber erzielten Lohn abgestellt werden, da sich aus den Akten ergibt, dass dem Beschwerdeführer die Anstellung bereits vor dem Unfall vom ... 2012 – aufgrund geringer Auftragseingänge (act. II 16 S. 1) – gekündigt worden war (vgl. act. II 52.1 S. 17; 86.1 S. 17).

Massgebend sind demnach Tabellenlöhne der LSE 2014. Abzustellen ist auf den Wert gemäss Randziffer 41-43 (Baugewerbe) von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer. Sodann gilt es bei der Anwendung von Tabellenlöhnen zu berücksichtigen, dass ihnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als

die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der Tabellenposition 41-43, welche sich im Jahr 2014 auf 41.5 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abteilung F [41-43]). Demnach betrug das jährliche Valideneinkommen im Jahr 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden Fr. 68'562.15 (Fr. 5'507.-- x 12 Monate / 40 x 41.5 Wochenstunden).

4.3.2 Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte abzustellen, wobei entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nichts gegen die Berücksichtigung der LSE 2014 spricht (vgl. auch Entscheid des BGer vom 19. November 2015, 8C_695/2015, E. 4.2). Indem die psychischen Beschwerden bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ausgeklammert bleiben (vgl. E. 3.9 vorne), sind dem Beschwerdeführer auch nicht bloss Tätigkeiten im geschützten Rahmen möglich, wie dies in dem nicht auf medizinischen Untersuchungen beruhenden Bericht des BAND (act. II 49 S. 2), im Schlussbericht AMM (act. II 100 S. 4) sowie von Dr. med. C. _____ (act. II 52.1 S. 33) – nicht aber vom Beschwerdeführer selber (vgl. Beschwerde, S. 7, Ziffer 6) – postuliert wurde. Vielmehr ist ihm ab Januar 2014 eine den Leiden angepasste Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) – welcher im Übrigen auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können – im Umfang von 100% zumutbar (vgl. E. 3.9 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat zusätzlich einen leidensbedingten Abzug von 15% berücksichtigt, welcher in Anbetracht der nicht restriktiven Einschränkungen des (allein massgebenden) somatischen Zumutbarkeitsprofils als eher grosszügig zu bezeichnen ist. Für einen weitergehenden Abzug besteht somit kein Anlass, zumal die übrigen, rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigenden Kriterien offensichtlich nicht erfüllt sind (vgl. E. 4.1.2 vorne).

Indem dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit im Bereich des ... nur mehr sehr bedingt zumutbar ist (act. II 86.1 S. 8), ist auf den Wert Total von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen (vgl.

BGer, 8C_695/2015, E. 4.2). Demnach betrug das jährliche Invalideneinkommen im Jahr 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt „Total“) sowie eines leidensbedingten Abzugs von 15% Fr. 56'485.15 (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden x 0.85).

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'077.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 18% (Fr. 12'077.-- / Fr. 68'562.15 x 100 [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), womit unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]) ab April 2014 kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr besteht (vgl. E. 2.2 vorne).

4.4 Zusammenfassend ist die Beschwerde – soweit den Rentenanspruch betreffend – abzuweisen.

5.

Umstritten ist sodann die Höhe des Taggeldes bzw. der Rückforderung betreffend der im Zeitraum vom 6. Januar bis 31. März 2014 angeblich zuviel ausgerichteten Taggelder (Verfügungen vom 7. Oktober 2016 [act. II 102 f.]).

5.1 Versicherte haben während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 IVG Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie an wenigstens drei aufeinander folgenden Tagen wegen der Massnahmen verhindert sind, einer Arbeit nachzugehen, oder in ihrer gewohnten Tätigkeit zu mindestens 50% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind (Art. 22 Abs. 1 IVG). Das Taggeld besteht aus einer Grundentschädigung, auf die alle Versicherten Anspruch haben, und einem Kindergeld für Versicherte mit Kindern (Art. 22 Abs. 2 IVG). Die Grundentschädigung beträgt 80% des letzten ohne gesundheitliche Einschränkung erzielten Erwerbseinkommens, jedoch nicht mehr als 80% des Höchstbetrages des

Taggeldes nach Art. 24 Abs. 1 IVG (Art. 23 Abs. 1 IVG). Grundsätzlich entspricht das der Bemessung des Taggeldes zugrunde liegende Erwerbseinkommen dem Valideneinkommen der Invaliditätsbemessung (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 277, Rz. 4]).

5.2 Es ist zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer für die Dauer der beruflichen Massnahme in Form eines Arbeitstrainings vom 6. Januar bis 31. März 2014 Anspruch auf ein Taggeld nach Massgabe von Art. 23 Abs. 1 IVG hat (vgl. Entscheid des BGer vom 4. September 2013, 8C_405/2013, E. 2.1). Sodann bestreitet der Beschwerdeführer die grundsätzliche (allein zweiginterne) Verrechenbarkeit der für denselben Zeitraum ausgerichteten Rentenleistungen mit den Taggeldzahlungen zu Recht nicht, statuiert die nach Art. 50 Abs. 2 IVG auch in der Invalidenversicherung anwendbare Bestimmung des Art. 20 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG; SR 831.10) doch die allgemeine (zweiginterne und zweigübergreifende) Verrechenbarkeit von Beitragsforderungen, Leistungen und Leistungsrückforderungen der AHV und der IV (Entscheid des BGer vom 12. April 2011, 9C_1015/2010, E. 2.1).

5.3 Die Beschwerdegegnerin errechnete in der Verfügung vom 20. Dezember 2013 (act. II 28) ein Taggeld von Fr. 136.--, welches sie unter Verrechnung der im selben Zeitraum ausbezahlten Rentenleistungen mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 auf Fr. 107.50 reduzierte (act. II 102). Gestützt auf diesen Betrag ermittelte sie schliesslich ein Rückforderungsbetrag von Fr. 2'271.10 (Verfügung vom 7. Oktober 2016 [act. II 103]).

Gemäss E. 4.3.1 vorne beziffert sich das auch im Rahmen der Taggeldbemessung massgebliche Valideneinkommen (vgl. E. 5.1 vorne; Entscheid des BGer vom 2. Mai 2007, I 732/06, E. 4) im streitgegenständlichen Zeitraum vom 6. Januar bis 31. März 2014 auf Fr. 68'562.15, womit sich das Taggeld auf Fr. 150.25 (Fr. 68'562.15 / 365 x 0.8) bzw. – unter Berücksichtigung des in masslicher Hinsicht (zu Recht) nicht beanstandeten Rentenbetreffnisses von Fr. 855.-- pro Monat, ausmachend Fr. 28.50 pro Tag – auf Fr. 121.75 (Fr. 150.25 – Fr. 28.50) beläuft.

Die Beschwerdegegnerin wird die Rückforderung demnach nach Massgabe eines Taggeldes von Fr. 121.75 neu zu berechnen haben.

Die Beschwerde ist somit insoweit teilweise gutzuheissen, als die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neuverfügung des Taggeldes im Sinne der Erwägungen und zur Neuberechnung der Rückforderung zurückzuweisen ist. Soweit weitergehend, ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

Der Beschwerdeführer obsiegt in geringem Ausmass, nämlich insofern, als die Taggeld- und die Rückforderungsverfügung aufgehoben werden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neuverfügung im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen wird. Bei diesem Prozessausgang sind die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer und im Umfang von Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zu entnehmen; der verbleibende Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 200.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Aufgrund des teilweisen Obsiegens besteht ein Anspruch auf Ersatz eines Anteils der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Diese werden – mit Blick auf die Ausführungen unter E. 6.1 hiervor respektive nach Massgabe des teilweisen Obsiegens sowie unter Berücksichtigung der von Rechtsanwalt B._____ gesamthaft in Rechnung gestellten Aufwändungen von Fr. 2'284.85 – auf pauschal Fr. 600.-- (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem

Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtene Taggeldverfügung vom 7. Oktober 2016 und die Rückerstattungsverfügung vom 7. Oktober 2016 der IV-Stelle Bern aufgehoben und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen. Soweit weitergehend, wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer und im Umfang von Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der Anteil des Beschwerdeführers wird dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die restlichen Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 600.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in 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.