

200 16 157 IV
KNB/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. April 2017

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____ AG lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Dezember 2015



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt bzw. bis April 2014 als Lagerist bei der D. _____ AG tätig, meldete sich am 19. November 2012 unter Hinweis auf ein Rückenleiden und eine dadurch bedingte Beeinträchtigung der Arm- und Handfunktionen links bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; 6 S. 1; 11 S. 3; 63 S. 2). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein; insbesondere veranlasste sie in der MEDAS ein polydisziplinäres (internistisch/neurologisch/rheumatologisch/psychiatrisches) Gutachten (Expertise vom 25. November 2013 [act. II 50.1]). In der Folge erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für eine berufsberaterische Abklärung (act. II 52), übernahm die Kosten für eine Bürofachschule (Beginn: 28. April 2014 [act. II 67]) und gewährte dem Versicherten Arbeitsvermittlung (act. II 72); Letztere wurde jedoch – nachdem der Versicherte der IVB telefonisch mitgeteilt hatte, seine rheumatischen Beschwerden seien schlimmer geworden und er sehe keinen Sinn darin, die Unterstützung der Arbeitsvermittlung zum aktuellen Zeitpunkt aufrecht zu halten (Protokoll, Eintrag vom 30. Dezember 2014 [in den Gerichtsakten]) – mit Verfügung vom 18. Februar 2015 (act. II 89) abgeschlossen. Hierauf liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) durch die Dres. med. E. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie FMH und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bidisziplinär begutachten (Expertisen vom 25. März und 6. April 2015 und interdisziplinäre Beurteilung vom 9. April 2015 [act. II 96.1; 95.1; 96.2]). Nachdem die IVB zudem bei med. pract. G. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH (RAD), einen ärztlichen Bericht eingeholt hatte (act. II 101 S. 3), stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 24. August 2015 (act. II 102) ab September 2013 die Ausrichtung einer bis am 31. Juli 2014 befristeten halben Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 106), woraufhin die IVB eine Stellungnahme von med. pract. G. _____

(RAD) einholte (act. II 108 S. 2). Mit Verfügung vom 17. Dezember 2015 (act. II 112; 120 S. 2-5) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen lässt der Versicherte, vertreten durch die B._____, lic. iur. C._____, mit Eingabe vom 28. Januar 2016 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 17. Dezember 2015 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, das MEDAS-Gutachten vom 25. November 2013 stehe im Widerspruch zum bidisziplinären Gutachten vom 9. April 2015, wobei das Teilgutachten von Dr. med. E._____ aus verschiedenen Gründen mangelhaft sei. Insbesondere äussere er sich nicht zur festgestellten 100%igen Erwerbsfähigkeit und auch nicht zur diesbezüglich abweichenden Einschätzung im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, welcher im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens eine 50%ige Erwerbsfähigkeit postuliert habe.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Auferlegung der Verfahrenskosten zu Lasten des Beschwerdeführers. In der Begründung macht sie hauptsächlich geltend, sowohl aufgrund des fachärztlichen Berichts des Spitals N._____ vom 23. Januar 2014 als auch gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E._____ und F._____ sei eine Besserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. E._____ – die überdies mit den Aktivitäten im ausserberuflichen Leben des Beschwerdeführers korrespondiere – beweiswertig sei.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Dezember 2015 (act. II 112; 120 S. 2-5). Streitig und zu prüfen ist 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 ist hier nicht nur der Zeitraum ab Juli 2014 zu beurteilen, sondern auch die zugesprochenen Leistungen ab September 2013.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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 (vgl. E. 2.1 vorne) 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 Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers präsentiert sich aufgrund der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2012 (act. II 9 S. 13 f.) im Wesentlichen beidseitige Brachialgien bei hohem Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom (CPS) beidseits. Bei ausgeschöpften Massnahmen bezüglich peripherer Nerven Chirurgie sei der Zeitpunkt gekommen, die zentralen Ursachen im Bereich der HWS anzugehen (S. 13).

Am ... 2012 führte er eine Spondylodesenrevision im Bereich C3/4 sowie eine anteriore interkorporelle Spondylodese im Bereich C4/5 durch (act. II 23 S. 9).

3.1.2 Mit undatiertem, bei der Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2012 (act. II 9 S. 2-6) eingegangenem Bericht diagnostizierte Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Wesentlichen eine HWS- und LWS-Problematik (S. 2), welche zu neurologischen Ausfällen in beiden Armen führe. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit 3. September 2012 bis auf weiteres 100% (S. 3).

3.1.3 Mit Bericht vom 10. Januar 2013 (act. II 23 S. 7 f.) hielt Dr. med. I._____ fest, klinisch zeige sich ein unverändert unauffälliges Bild mit insbesondere fehlenden motorischen Ausfallsymptomen an den oberen Extremitäten. Nach anfänglich gutem Verlauf zeige der Beschwerdeführer nun eine Konsolidation auf knapp befriedigendem Niveau. Differentialdiagnostisch müsse sicherlich auch an eine Myelomalazie gedacht werden mit Ausbildung einer neuropathischen und chirurgisch nicht beeinflussbaren Restneuropathie. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100% (S. 7).

3.1.4 Dr. med. K._____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 20. März 2013 (act. II 24 S. 3 f.) im Wesentlichen einen Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung, DD rheumatoide Arthritis, einen Status nach Carpaltunnel-Releaseoperation beidseits sowie ein Schlafapnoesyndrom. Im klinischen Befund präsentiere sich keine Atrophie der intrinsischen Handmuskeln und keine Thenaratrophie; es bestehe eine

diffuse Schwellung der Hand sowie des Handgelenks beidseits. Weiterhin beständen Brachialgien beidseits (S. 3). Ein Rezidiv des CPS sei aufgrund durchgeführter Neurographien ausgeschlossen worden, ein Rezidiv einer zervikalen Problematik unwahrscheinlich. Angesichts der Klinik mit Schwellungsgefühl der Hände beidseits einerseits und dem Ansprechen auf die Steroidinfiltration andererseits sei ein rheumatisches Leiden wahrscheinlich (S. 4).

3.1.5 Mit Bericht vom 11. April 2013 (act. II 25) hielt Dr. med. L._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktivierte Polyarthrosen der Handwurzelknochen beidseits fest (S. 1). Für schwere Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; für leichte wechselbelastende Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer hingegen zu 100% arbeitsfähig (S. 2).

Am 23. September 2013 (act. II 50.2 S. 3 f.) berichtete Dr. med. L._____, der Beschwerdeführer habe keinerlei Reduktion der Handgelenksbeschwerden unter einer Therapie mit Methotrexat und Plaquenil bemerkt. Er beklage weiterhin ein Taubheitsgefühl der Finger sowie intermittierende Schmerzen der Handgelenke beidseits tags und nachts. In der klinischen Untersuchung fänden sich weiterhin keine Hinweise für entzündliche Gelenksveränderungen; eine sonographische Untersuchung beider Handgelenke zeige eine leicht ausgeprägte Synovitis im linken, indes keine Auffälligkeiten im rechten Handgelenk; es beständen keine Tenosynovitiden. Die Beschwerden seien weiterhin schwierig zuzuordnen (S. 3). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in keinsten Weise auf die Medikamente anspreche, spreche eher gegen eine rheumatische Ätiologie der Beschwerden (S. 4).

Mit Bericht vom 17. Oktober 2013 (act. II 50.2 S. 1 f.) hielt Dr. med. L._____ fest, die Ätiologie der Handgelenksbeschwerden sei weiterhin unklar (S. 1).

3.1.6 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. November 2013 (act. II 50.1) wurden die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgehalten (S. 24):

Strukturelle Diagnosen

- Schwere Adipositas (BMI 42)
- Halswirbelsäule mit vorzeitigen degenerativen Veränderungen, mit Zustand nach Spondylodese C3/4 mit regulären Zeichen der Konsolidation, mit Zustand nach Diskusprothese C4/5 ohne Zeichen der Instabilität
- Lumbosakraler Übergang mit vorzeitigen degenerativen Veränderungen
- Beide Hände mit entzündlichen Veränderungen der Handwurzelgelenke
- Cervicospondylogene Gefühlsstörungen links

Funktionelle Diagnosen

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen und mit Schlafstörung (ICD-10 F43.21, F43.23)

Der Beschwerdeführer gebe an, heute im Nacken, in den Armen und Händen sowie im Kreuz Beschwerden zu haben (S. 6). Zentrales Problem seien jedoch Schmerzen im Bereich beider Handgelenke sowie ein unangenehmes Ameisenlaufen und diffuse Gefühllosigkeit in den Fingern beider Hände, nächtlich betont. Aufgrund der Handgelenksschmerzen könne er keine Lasten mehr tragen, weshalb er nicht mehr wieder in seine körperlich schwere Tätigkeit beim früheren Arbeitgeber eingesetzt werden könne (S. 16). Seit März 2013 gehe es gesundheitlich unverändert (S. 7).

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, im Bewegungsapparat ständen die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit zweimaliger Operation und die Gelenksveränderungen in der Handwurzel im Vordergrund. Letztere könnten zwar als strukturelle Veränderungen beschrieben werden; eine ätiologische, d.h. auf die Ursache bezogene, Diagnosestellung sei bisher nicht möglich gewesen. Aus neurologischer Sicht seien die Missempfindungen im linken Arm sowie in beiden Händen als im Rahmen einer spondylogenen Symptomatik überlagert zu bewerten (S. 24). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit September 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 26). Hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit seien administrative Arbeiten, Arbeiten mit sehr leichter Lastenhandhabung bis Schulterhöhe, Arbeiten in Wechselhaltung und Arbeiten im Sitzen, Gehen oder Stehen in einer Arbeitsebene zu 50% sowie bei ausschliesslicher Tagesschichtarbeit ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar (S. 27). In rheumatologischer Hinsicht sei so-

dann eine weitere vertiefte Abklärung und eine erweiterte Behandlung erforderlich (S. 26). Möglicherweise könne nach geplanter Zuweisung durch therapeutische Bemühungen im Spital N. _____ die Situation leistungsrelevant verbessert werden (S. 17).

3.1.7 Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie der Universitätsklinik für Rheumatologie, Spital N. _____, hielt im Bericht vom 23. Januar 2014 (act. II 59) fest, er beurteile den subjektiv im Vordergrund stehenden Schmerz als neuropathisch, DD residuell bei myelopathischen Veränderungen in der MRT der HWS aus dem Jahre 2012 (S. 1). Als Lagerist sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. Für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten bestehe hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weshalb eine Umschulung zu begrüssen sei (S. 2).

Am 24. Februar 2014 (act. II 79 S. 18 f.) berichtete Dr. med. M. _____, die MRT der HWS zeige eine gegenüber den Voraufnahmen unveränderte Myelopathie auf Höhe C3 – C5, die sich zwanglos durch die frühere Spinalkanalstenose erklären lasse (S. 18 f.). Rechts betont liege unverändert eine Einengung der Neuroforamina auf Höhe C4/5 mit möglicher Affektion der Wurzel C5, was die derzeit im Vordergrund stehende Klinik nicht erkläre. Die MRT der Hände zeige gegenüber der Voraufnahme unveränderte Erosionen der linken Handwurzel ohne Hinweise auf eine floride Synovitis beidseits, womit sich keine gegenüber der initialen Beurteilung therapierelevanten neuen Aspekte ergäben (S. 19).

3.1.8 Mit Bericht vom 4. August 2014 (act. II 79 S. 8-10) hielt Dr. med. K. _____ fest, klinisch-neurologisch bestehe hinsichtlich der oberen Extremitäten bei intermittierend irritierenden Schmerzen im Moment ein Normalbefund ohne radikuläre Ausfallsymptomatik. Beim Beschwerdeführer müsse die stattgehabte Myelopathie auf cervicaler Ebene in Betracht gezogen werden. Die MRI-Bilder vom Februar 2014 zeigten intakte entlastete anatomische Verhältnisse. Allerdings zeige sich doch eine erhebliche Myelopathie, wobei keine Möglichkeit wie auch keine Notwendigkeit eines erneuten operativen Vorgehens bestehe. Hinsichtlich der lumbalen Beschwerden handle es sich angesichts des MRI-Befundes vom Januar 2014 wohl am ehesten um eine Radikulopathie L4. Aktuell

bestehe keine Reiz- und keine Ausfallsymptomatik, einzig eine lokale Druckdolenz lumbal. Er habe den Beschwerdeführer bestärkt, den bereits eingeschlagenen Weg der Gewichtsabnahme fortzusetzen (S. 9).

3.1.9 Im bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 25. März bzw. 9. April 2015 (act. II 96.1 f.; 95.1) wurden in rheumatologischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 96.1 S. 18 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronische doppelseitige bi- (tri-) kausale Handgelenksschmerzen

- Lokal mechanische Ursache (mutmasslich seit Jahren)
- Neuropathisches Schmerzgeschehen (seit 2011/2012)
- Herabgesetzte Schmerzschwelle, respektive relative Schmerzintoleranz

Chronisch rezidivierendes, aktuell lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (seit 1988)

- Leichte Fehlhaltung, mässiggradige Bewegungseinschränkung der LWS mit leichtem Hartspann; keine radikulären Zeichen
- Erhebliche Adipositas
- Bildgebend degenerative Veränderungen L3/4 bis L5/S1
- Relative Schmerzintoleranz

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Residuelles Zervikalsyndrom
- Gicht
- Beginnende Gonarthrose links

In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. med. F. _____ keine Diagnose mit (anhaltender) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie Probleme bei der beruflichen Eingliederung (ICD-10 Z56; act. II 95.1 S. 7).

In der interdisziplinären Beurteilung vom 9. April 2015 (act. II 96.2) hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer leide an doppelseitigen Handgelenksschmerzen. Die Natur der zugrundeliegenden Veränderungen im Bereiche diverser Handwurzelknochen habe bisher nicht geklärt werden können, wobei aktuell zumindest kein entzündliches Geschehen vorliege. Ende 2011, anfangs 2012 sei eine neue Schmerzqualität hinzugekommen

und der Beschwerdeführer habe über eine starke Brachialgie geklagt. Da das Bild an ein doppelseitiges CPS erinnert habe, sei – trotz negativer Elektrophysiologie – der rechte Nervus medianus operativ „dekomprimiert“ worden. Eine Beschwerdelinderung sei aber ausgeblieben, so dass die Ursache jetzt an der HWS gesucht worden sei. Aber auch ein zweiter chirurgischer Eingriff auf Höhe C4/5 habe keine Verbesserung gebracht, so dass als Teilursache der Hand-/Fingerbeschwerden jetzt zusätzlich eine neuropathische Schmerzkomponente bei bekannter zervikaler Myelopathie habe angenommen werden müssen, zumal ein zervikoradikuläres Syndrom nicht vorliege (S. 1). Seit einem Jahr beklage der Beschwerdeführer zudem eine verstärkte Lumbalgie ohne radikuläre Zeichen, wobei eine Rückenschmerzanamnese bereits seit 1988 bestehe. Obwohl nach Anamnese, Klinik und bildgebenden Befunden die beklagten Beschwerden in ihrer Art nachvollziehbar seien, müsse aufgrund der Beobachtungen bei der Untersuchung als Teilfaktor doch eine herabgesetzte Schmerztoleranz postuliert werden.

Aus Sicht des Rheumatologen könnten dem Beschwerdeführer Hand- und Rückenschwerarbeiten bzw. die letzte Tätigkeit – soweit diese wiederholt Arbeiten mit grösserer Handbelastung und Arbeiten mit Rückenbelastung beinhaltet habe – nicht mehr zugemutet werden (S. 2). Eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit für den Rücken (nach erfolgreicher Behandlung bis mittelschwere Tätigkeit) sei aber ganztags zumutbar. Hinsichtlich der Hände seien Arbeiten, die grösseren Kraftaufwand erforderten oder regelmässig repetierte Bewegungen aus den Handgelenken heraus nicht zumutbar (act. II 96.1 S. 23).

In psychiatrischer Hinsicht könne die vom Rheumatologen postulierte Herabsetzung der Schmerztoleranz durch die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erklärt werden. Angesichts des Fehlens einer anhaltenden psychischen Komorbidität bestehe aus psychiatrischer Sicht keine krankheitsverursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne somit vollumfänglich auf die rheumatologische Einschätzung abgestellt werden (act. II 96.2 S. 2).

3.1.10 Mit Bericht vom 16. Juli 2015 (act. II 101 S. 3) hielt die RAD-Ärztin med. pract. G._____ fest, auch der Beschwerdeführer, welcher ursprünglich eine Verschlechterung geltend gemacht habe, habe durch den erfolgreichen Abschluss seiner Bürofachschule bewiesen, dass die rheumatologische Einschränkung durch eine adäquate Therapie gut beeinflussbar gewesen sei und sich in Bezug auf die Fingerbeweglichkeit und den Handeinsatz verbessert habe. Anders wäre ihm die Teilnahme am Kurs Bürofachschule 1 ab 28. April 2014 bis 9. März 2015 nicht möglich gewesen, da ja viele Aufgaben zu Hause zusätzlich am PC durchgeführt und im Zehnfingersystem geübt werden müssten. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Erwerbsfähigkeit ab 28. April 2014 in einem rein administrativen Bereich sicher bei 80%, wenn nicht sogar bei 100% gelegen habe.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt

grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2015 für die Ermittlung der betreffend die Zeit ab September 2013 zugesprochenen halben Invalidenrente in medizinischer Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten vom 25. November 2013 (act. II 50.1) abgestellt. Mit Bezug auf die per 1. August 2014 erfolgte Rentenaufhebung legte sie insbesondere das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 25. März bzw. vom 6. und 9. April 2015 (act. II 96.1 f.; 95.1) sowie den Bericht der RAD-Ärztin med. pract. G. _____ vom 16. Juli 2015 (act. II 101 S. 3) zugrunde (vgl. act. II 120 S. 3 f.).

3.4 Zunächst geht aus den medizinischen Berichten und Gutachten übereinstimmend und zuverlässig (vgl. E. 3.2 vorne) hervor, dass der Beschwerdeführer seit anfangs September 2012 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2015 insbesondere aufgrund von Brachialgien sowie Beschwerden in beiden Händen in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Lagerist durchgehend zu 100% arbeitsunfähig (vgl. act. II 9 S. 3; 50.1 S. 26; 59 S. 2; 96.1 S. 22) und das Wartejahr somit per 31. August 2013 abgelaufen war (vgl. E. 2.2 vorne). Sodann folgt für die Zeit nach Ablauf des Wartejahres aus dem MEDAS-Gutachten vom 25. November 2013 (act. II 50.1), dass dem Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der Missempfindungen im linken Arm und in beiden Händen nur mehr administrative Arbeiten, Arbeiten mit sehr leichter Lastenhandhabung bis Schulterhöhe, Arbeiten in Wechselhaltung sowie Arbeiten im Sitzen, Gehen oder Stehen in einer Arbeitsebene bei ausschliesslicher Tagesschichtarbeit im Umfang von 50% zumutbar waren (S. 27).

3.5 Hinsichtlich der ab Ende April 2014 angenommenen Verbesserung des Gesundheitszustandes stellte die Beschwerdegegnerin – wie erwähnt (vgl. E. 3.3 vorne) – zunächst massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 25. März bzw. vom 6. und 9. April 2015 (act. II 96.1 f.; 95.1) ab. Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen überzeugend begründet. Was der Beschwer-

deführer dagegen respektive insbesondere gegen das Gutachten von Dr. med. E. _____ vorbringt, dringt nicht durch:

3.5.1 Was den Einwand betrifft, es bestehe zwischen dem früheren und dem aktuellen Gutachten ein Widerspruch hinsichtlich der rheumatologischen Einschätzungen, so trifft es zwar zu, dass Dr. med. H. _____ die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den Leiden angepasste Tätigkeiten mit 50% bezifferte (act. II 50.1 S. 17), welche Einschätzung dann auch der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zugrunde lag (S. 27). Indessen wurde im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Beurteilung darauf hingewiesen, dass (u.a.) in rheumatologischer Hinsicht die Indikation für eine Behandlung respektive eine vertiefte fachärztliche Abklärung gegeben und bei entsprechendem Behandlungserfolg innerhalb von 12 bis 18 Monaten von einer Verbesserung sowohl der Lastenhandhabung als auch in Bezug auf den erhöhten Erholungsbedarf auszugehen sei (S. 25 und 26). Die in der Folge von Dr. med. M. _____ im Spital N. _____ durchgeführten Abklärungen mittels MRT ergaben einerseits weiterhin eine Einengung der Neuroforamina auf Höhe C4/5 – welche jedoch die aktuell im Vordergrund stehende Klinik nicht erklären konnte – und andererseits unveränderte Erosionen der linken Handwurzel ohne Hinweise auf eine floride Synovitis beidseits (act. II 79 S. 19). Dr. med. M. _____ erachtete den Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht als Lagerist nicht mehr arbeitsfähig. Für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten attestierte er hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 59 S. 2). Bei der rheumatologischen Untersuchung im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung im März 2015 konnte Dr. med. E. _____ – im Unterschied zu früheren Untersuchungen von Dr. med. K. _____ (vgl. act. II 24 S. 3) – weder visuell noch palpatorisch eine eigentliche Schwellung der Hände erkennen, wenngleich der Beschwerdeführer offenbar der Ansicht war, seine Hände seien etwas geschwollen. Zudem waren beide Handgelenke in allen Ebenen schmerzfrei und normal beweglich. Auch die Finger (-gelenke) waren rheumatologisch unauffällig (act. II 96.1 S. 13). Damit ist ein Revisionsgrund erstellt. Dass Dr. med. E. _____ – rund 18 Monate nach der Begutachtung in der MEDAS – vor dem Hintergrund dieser bescheidenen rheumatologischen Befundlage aus somatischer Sicht die bisherige Tätigkeit als Lagerist als unzumutbar quali-

fizierte, für den Leiden angepasste Tätigkeiten indes nun mehr eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, ist demnach ohne weiteres nachvollziehbar, zumal – wie bereits dargelegt – auch Dr. med. M. _____ zum selben Ergebnis gelangte (act. II 59 S. 2). Zudem hat Dr. med. E. _____ auch die seit der MEDAS-Begutachtung im Herbst 2013 unverändert vorliegenden neuropathischen Beschwerden berücksichtigt, wobei sich die neurologische Befundlage einerseits seit jeher als stationär, andererseits als wenig ausgeprägt erweist (vgl. act. II 50.1 S. 15; 79 S. 9 und 19). Auch korreliert die von Dr. med. E. _____ getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durchaus mit dem vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. F. _____ geschilderten ausserberuflichen Aktivitätenniveau bzw. der Tagesstruktur (vgl. act. II 95.1 S. 5) sowie dem während der Begutachtung präsentierten, wenig ausgeprägten Leidensdruck (act. II 96.1 S. 21). Mit Blick auf die nach der MEDAS-Begutachtung erfolgten weiteren rheumatologischen Abklärungen und der in diesem Rahmen gewonnenen und bestätigten Erkenntnisse respektive den veränderten Gesundheitszustand ist es sodann auch nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E. _____ auf eine eingehende Diskussion der hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anderslautenden Ergebnisse im Rahmen der MEDAS-Begutachtung verzichtete. Schliesslich erweist sich das vom Experten erstellte Zumutbarkeitsprofil im Lichte der Befundlage als hinreichend präzise umschrieben (act. II 96.1 S. 23).

3.5.2 Nach dem Dargelegten bestehen weder konkrete Indizien noch liegen medizinische Berichte im Recht, welche Zweifel am Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. E. _____ wecken (vgl. E. 3.2 vorne). Gleiches gilt mit Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F. _____, welcher keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte bzw. der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine die funktionelle Leistungsfähigkeit limitierende Auswirkung attestierte (act. II 95.1 S. 7). Dies ist mit Blick auf die bescheidene psychopathologische Befundlage (S. 6 f.) respektive die geringe Ausprägung der Störung und dem Aktivitätenniveau in aussererwerblichen Lebensbereichen, die fehlenden psychischen und wenig ausgeprägten somatischen Komorbiditäten sowie die günstigen persönlichen Ressourcen (S. 6) ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. BGE 141 V 281) und wird im Übrigen auch vom Beschwerdeführer

nicht in Frage gestellt. Demnach ist auf die im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. II 96.2) abzustellen.

3.6 Als Zeitpunkt der gesundheitlichen Verbesserung legte die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bericht von med. pract. G. _____ (RAD) vom 16. Juli 2015 (act. II 101 S. 3) den 28. April 2014 zugrunde, an welchem Tag der Beschwerdeführer die von der Beschwerdegegnerin gewährte Bürofachschule in Angriff genommen hatte (vgl. Protokoll, Eintrag vom 20. Februar 2014 [in den Gerichtsakten]). Zwar hat der Beschwerdeführer diese Ausbildung gemäss eigenen Angaben schmerzbedingt nicht „vollwertig“ abschliessen können (vgl. act. II 95.1 S. 3) und die von der Beschwerdegegnerin ebenfalls zugesprochene Arbeitsvermittlung wurde aufgrund der „gesundheitlichen Situation“ mit Verfügung vom 18. Februar 2015 (act. II 89) abgeschlossen. Dem Protokolleintrag vom 30. Dezember 2014 (in den Gerichtsakten) lässt sich hierzu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine Zunahme der rheumatischen Beschwerden geklagt und keinen Sinn mehr gesehen hatte, die Unterstützung der Arbeitsvermittlung aufrecht zu erhalten. Die damals gegenüber der Beschwerdegegnerin telefonisch geschilderten Schmerzangaben lassen sich jedoch nicht anhand echtzeitlicher medizinischer Berichte verifizieren, geschweige denn objektivieren, weshalb der vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitlich bedingte Grund für den Abbruch der beruflichen Massnahmen aus medizinischer Sicht nicht erstellt ist. Zudem hatte – wie bereits erwähnt – Dr. med. M. _____ bereits im Januar 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten postuliert. Auch insoweit ist die von der Beschwerdegegnerin per 28. April 2014 angenommene gesundheitliche Verbesserung nachvollziehbar und die Beschwerdegegnerin hat die bisherige halbe Invalidenrente zu Recht per 1. August 2014 (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]) in Revision gezogen, womit der Rentenanspruch allseitig zu prüfen ist (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.7 Zusammenfassend besteht für die Zeit ab September 2013 in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Für die Zeit ab 28. April 2014 besteht sowohl in somatischer wie auch in psy-

chischer Hinsicht in einer den Leiden angepassten leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wohingegen die letzte Tätigkeit als Lagerist im gesamten Beurteilungszeitraum nicht mehr zumutbar ist.

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).

4.1.1 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).

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 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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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 Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei die Vergleichseinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln sind (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 321 N. 31).

4.2 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass der Beschwerdeführer auch fortan in seiner bisherigen, seit 2009 ausgeübten Tätigkeit als Lagerist bei der Firma D._____AG gearbeitet hätte, zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt.

Gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitgebers betrug das monatliche Gehalt des Beschwerdeführers bei einem 100%-Pensum im Jahr 2012 Fr. 5'220.-- respektive Fr. 67'860.-- jährlich (act. II 17 S. 2; 19.1 S. 1). Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2015, Abschnitt H) resultiert per 2013 ein Valideneinkommen von Fr. 68'194.60 (Fr. 67'860.-- / 101.4 x 101.9) bzw. von Fr. 67'860.-- (Fr. 67'860.-- / 101.4 x 101.4) per 2014.

4.3 Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive (seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit) keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens

hinsichtlich des gesamten Beurteilungszeitraums auf statistische Werte gemäss LSE 2012 abzustellen (vgl. E. 4.1.2 vorne).

4.3.1 Mit Bezug auf den Zeitraum von September 2013 bis Juli 2014 ist das Zumutbarkeitsprofil des MEDAS-Gutachtens vom 25. November 2013 massgebend (vgl. E. 3.4 vorne), woraus hervorgeht, dass die angestammte Tätigkeit dem Beschwerdeführer gesundheitsbedingt nicht mehr möglich war. Hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit postulierte das MEDAS-Gutachten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Weiter hat die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 4.1.2 vorne) berücksichtigt, was in Anbetracht der Tatsache, dass die verminderte Leistungsfähigkeit im Zumutbarkeitsprofil enthalten ist (act. II 50.1 S. 27) und die übrigen, rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigenden Kriterien nicht erfüllt sind, nicht zu beanstanden ist.

Abzustellen ist auf den Wert Total 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 „Total“, welche sich in den Jahren 2013 und 2014 auf jeweils 41.7 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total).

Demnach betrug das jährliche Invalideneinkommen im Zeitraum von September 2013 bis Juli 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2015, Abschnitt Total) sowie einer Arbeitsfähigkeit von 50% Fr. 32'844.90 (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 101.7 x 102.5 x 0.5).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'349.70 und damit ein von der Beschwerdegegnerin korrekt ermittelter Invaliditätsgrad von gerundet 52% (Fr. 35'349.70 / Fr. 68'194.60 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

4.3.2 Ab Mai bzw. August 2014 ist dem Beschwerdeführer eine den Leiden angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar (vgl. E. 3.7 vorne). Die Beschwerdegegenerin hat beim Invalideneinkommen – welches unverändert auf der Grundlage des selben Tabellenwertes gemäss LSE 2012 zu ermitteln ist – einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 4.1.2 vorne) von 10% vorgenommen, was bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'860.-- im Jahr 2014 (vgl. E. 4.2 vorne) einen nicht zu beanstandenden und rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 12% ergibt.

An diesem Ergebnis änderte auch nichts, wenn der Tabellenlohn um den maximal möglichen – wengleich vorliegend nicht ausgewiesenen – leidensbedingten Abzug von 25% reduziert würde: In diesem Fall betrüge das jährliche Invalideneinkommen ab August 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2015, Abschnitt Total) sowie einer Arbeitsfähigkeit von 100% Fr. 49'603.80 (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 101.7 x 103.2 x 0.75).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultierte eine Erwerbseinbusse von maximal Fr. 18'256.20 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 27% (Fr. 18'256.20 / Fr. 67'860.-- x 100).

4.4 Aus dem Dargelegten folgt, dass der Beschwerdeführer von September 2013 bis Juli 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Ab August 2014 (Art. 88a Abs. 1 IVV) besteht bei einem Invaliditätsgrad von unter 40% kein Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente mehr (vgl. E. 2.2 vorne).

4.5 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2015 als rechtens und die Beschwerde ist 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. 800.--, 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. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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.