

200 16 309 IV
LOU/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Februar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. Mai 2012 (Eingang bei der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] am 18. Oktober 2012; vgl. act. II 13) unter Hinweis auf einen Sturz auf die rechte Schulter bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1).

In der Folge holte die IVB die Akten der SUVA ein (vgl. act. II 4.1) – letztere hatte nach einem Unfallereignis vom Oktober 2010 die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht sowie eine Invalidenrente (Erwerbsunfähigkeit von 19 %) und Integritätsentschädigung (Integritätseinbusse von 15 %) zugesprochen (act. II 54; vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. August 2014, UV/2013/1018 [act. II 81.2]) – und liess den Versicherten von der D._____ (MEDAS) bidisziplinär begutachten (Gutachten vom 1. Oktober 2014 [act. II 84]). Gestützt darauf sowie unter Berücksichtigung der weiteren medizinischen Unterlagen sah die IVB mit Vorbescheid vom 24. August 2015 (act. II 110) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 55 % vom 1. November 2012 bis 31. Januar 2013 die Zusage einer befristeten halben Rente vor. Auf Einwand des Versicherten (act. II 122, 125) unterbreitete die IVB die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 127) und verfügte am 9. Februar 2016 (act. II 129) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwältin Dr. iur. C._____, am 14. März 2016 Beschwerde. Unter Entschädigungsfolge lässt er die folgenden Anträge stellen:

- Die Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen.

- Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der IV, auch für die Zeit ab dem 1. Februar 2013 zuzusprechen.
- Dem Beschwerdeführer sei das Recht auf unentgeltliche Prozessführung – beschränkt auf die Verfahrenskosten – zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. April 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 30. Mai und 18. Juli 2016 reichte der Beschwerdeführer je weitere Unterlagen zu den Akten.

Mit Eingabe vom 12. August 2016 bestätigte die Beschwerdegegnerin – unter Hinweis auf den beigelegten RAD-Bericht vom 15. Juli 2016 – die gestellten Anträge. Von der daraufhin erteilten Möglichkeit zur Einreichung einer Stellungnahme hat der Beschwerdeführer keinen Gebrauch gemacht.

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 9. Februar 2016 (act. II 129). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente, wobei insbesondere zu prüfen ist, ob die zugesprochene (halbe) Rente zu Recht per 31. Januar 2013 befristet wurde.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad

von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

Ändert sich der IV-Grad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad 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. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.4 Um den IV-Grad 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 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Die SUVA-Kreisärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 9. Januar 2012 (act. II 4.1 S. 109 -111) eine traumatische frozen shoulder mit einem kleinen Einriss in der Supraspinatussehne rechts. Sie empfahl aufgrund der stetigen Besserung durch die intensive Physiotherapie die Weiterführung derselben. Nach ca. drei bis vier Monaten sei mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu rechnen. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Im Bericht vom 20. September 2012 (act. II 4.1 S. 31) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, einen Status nach AC-Resektion, subakromialer Dekompression und transossärer Reinsertion des Supraspinatus rechts vom 25. Mai 2012 (vgl. act. II 4.1 S. 186 f.) fest. Der Verlauf sei an und für sich komplikationslos, jedoch von einer frozen shoulder gekennzeichnet gewesen. In einer Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten bestehe ab dem 15. Oktober 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. act. II 17 S. 4 Ziff. 1.6, 20 S. 1 sowie seinen Bericht vom 8. Juni 2012, wonach zu diesem Zeitpunkt noch eine [vollständige] Arbeitsunfähigkeit bestand [act. II 4.1 S. 166]).

3.1.3 Im Austrittsbericht der Klinik G._____ vom 31. Januar 2013 (act. II 25) wurden als Diagnosen eine Distorsion der rechten Schulter, eine frozen shoulder rechts sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit selbst- und fremdgefährdenden Gedanken (ICD-10 F33.1), genannt (S. 1). Es liege weiterhin eine Kapsulitis der rechten Schulter mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit, vor allem für die Aussenrotation, vor. Da sich der Beschwerdeführer aktuell noch in der medizinischen Behandlungsphase befinde, sei auf die Durchführung der Hebe- und Tragetests verzichtet worden. In psychosomatischer Hinsicht lägen selbst- und fremdgefährdende Gedanken vor, von deren Umsetzung er sich derzeit abgrenzen könne. Seine Verärgerung gegenü-

ber dem sozialen System habe vor vielen Jahren im Rahmen des ihm nicht ermöglichten Familiennachzuges begonnen, basiere aber letztlich auch auf seiner familiär erlebten Gewalt- und Autoritätsproblematik. Heute fühle er sich durch den familiären Versorgungsauftrag für die daheim gebliebenen Familienmitglieder bei gleichzeitig wenig finanziellen Ressourcen enorm unter Druck. Es gebe aktuell keine Hinweise für antisoziale Persönlichkeitszüge, hingegen für negativistische sowie leicht schizoide Züge. Das vom Beschwerdeführer ausgehende Gefahrenpotenzial werde derzeit nicht als akut eingestuft, bei weiterer psychosozialer Zuspitzung der Situation sei jedoch ein solches nicht auszuschliessen. Trotz kurzer Aufenthaltsdauer habe eine leichte Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit der rechten Schulter habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können. Die Aussenrotation bleibe aufgehoben (S. 3).

3.1.4 Der SUVA-Kreisarzt Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 10. Juni 2013 (act. II 46) einen Status nach Schulterdekompression und Rotatorenrekonstruktion nach einem Sturz fest. Kernspintomographisch bestünden Vernarbungen im subacromialen Bereich ohne eigentliche Kapselschrumpfung und bei regelrechter Reinsertion des Supraspinatus. Allerdings sei im weiteren Verlauf der Supraspinatus proximal ca. auf der Höhe des AC-Gelenkes oberflächenverdünnt um etwa einen Drittel. Als Unfallfolge bestehe eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mit verminderter Belastbarkeit. Dem Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (unter Vermeidung von Überkopfarbeiten, ohne repetitive Vibrationsbelastung des rechten Arms, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 7 kg [sowohl am ausgestreckten als auch am hängenden Arm], ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten [wegen der erforderlichen Überkopfgreifhaltung beim Leitergehen]) ganztags zumutbar (S. 9).

3.1.5 Auf Empfehlung des RAD (act. II 65) wurde der Beschwerdeführer am 5. September 2014 von den Dres. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH,

und J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär untersucht. Im MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2014 (act. II 84) hielten die Ärzte im polydisziplinären Konsens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen fest:

- Residuelle Frozen Shoulder rechts bei Status nach Acromioclaviculargelenksresektion, Acromioplastik und transossärer Reinsertion der Supraspinatussehne 05/2012;
- Leicht aktivierte Acromioclaviculargelenksarthrose mit Insertionstendopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne bei Partialruptur links;
- Anhaltende mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa 01/2013, ICD-10 F33.1.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Diabetes mellitus sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, reizbaren und paranoiden Zügen, bestehend seit langem, ICD-10 F73.1 (S. 36 Ziff. 11).

Aufgrund der anhaltenden überwiegend mittelgradigen depressiven Episode mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Motivation, der Interessen, der Anpassungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als ... gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 % [S. 36 Ziff. 12.1]). Körperlich leichte Tätigkeiten, die nicht mit Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien und Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 70 % (Arbeitsunfähigkeit 30 %) zugemutet werden (S. 37 Ziff. 12.2). Die Arbeitsfähigkeit sei durch ein somatisches und ein psychisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren bestehe nicht, jedoch liessen sich an psychosozialen Faktoren vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen und Partnerschaftsprobleme feststellen (S. 37 Ziff. 12.5).

Die Therapie der Schulterschmerzen rechts bestehe weiterhin in einem nichtsteroidalen Antirheumatikum und Physiotherapie. Die Schulterschmerzen links sollten ebenfalls mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum und Physiotherapie sowie sekundär eventuell einer Cortisoninfiltration therapiert werden. Die Prognose sei bei mangelnder Motivation des Probanden und Fixierung auf die Beschwerden ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht er-

scheine die Prognose nach dem bisherigen Krankheitsverlauf ebenfalls eher ungünstig und sei vor allem von den zugrunde liegenden körperlichen Beschwerden und psychosozialen Problemen abhängig. Die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei fortzusetzen, kombiniert mit ausreichend dosierter Medikation, wobei eine Besserung des psychischen Zustandsbildes erst nach Besserung der zugrunde liegenden körperlichen Beschwerden und psychosozialen Konflikte zu erwarten sei. Damit sei eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung derzeit nicht absehbar (S. 37 Ziff. 12.4).

3.1.6 Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychiatrische Dienste des Spitals L._____, führte in dem im Rahmen des Einwandverfahrens zuhanden von Rechtsanwältin Dr. iur. C._____ verfassten Bericht vom 16. Oktober 2015 (act. II 125 S. 4 f.) aus, im Juli 2013 sei eine seit längerem bestehende Persönlichkeit mit negativistischen und paranoiden Zügen (ICD-10 Z73.1; DD: ICD-10 F61.0 [vgl. act. II 50]) diagnostiziert worden. Aufgrund des weiteren Verlaufs habe sich gezeigt, dass das Ausmass der damit verbundenen Beeinträchtigung stark sei und die Kriterien für die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ICD-10 F61.0 gegeben seien. Der Beschwerdeführer leide unter einer schweren rezidivierenden depressiven Störung. Der Schweregrad habe sich seit dem letzten Bericht (Juli 2013; act. II 50) noch verstärkt. Weiter leide der Beschwerdeführer unter einer schweren anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die genannten Diagnosen führten zu einer schweren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die im Bericht der Abklärungsstelle M._____ (act. II 112) erwähnten Defizite würden den Symptomen seiner Diagnose entsprechen und liessen sich als Folge seiner Erkrankung verstehen. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei krankheitsbedingt nicht möglich gewesen, da bereits das bestehende Pensum eine Überforderung dargestellt habe.

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 9. Dezember 2015 (act. II 127) zu den Einwendungen des Beschwerdeführers (vgl. act. II 122, 125) Folgendes aus:

Hinsichtlich der radiologischen Abklärung der angegebenen Nackenschmerzen zeigten die Röntgen- und MRI-Untersuchung vom 2. Juli bzw. 18. August 2015 (vgl. act. II 122 S. 8 f.) eine Osteochondrose im Bandscheibensegment C3/4, also eine degenerative Veränderung der Bandscheibe und der angrenzenden Wirbelkörper im mittleren Halswirbelsäulenbereich. Beim Beschwerdeführer sei die nachgewiesene Osteochondrose entsprechend seinem Alter (Jahrgang 1957) recht fortgeschritten, was aber nicht bedeute, dass sie die Ursache der angegebenen Nackenschmerzen sei. Dass der Hausarzt bei der klinischen Untersuchung die Schmerzen nicht auf der Höhe der radiologisch nachgewiesenen Osteochondrose festgestellt habe, sondern auf der Höhe der unteren Halswirbelsäule (auf Höhe des 6. Halswirbels) und der obersten Brustwirbelsäule (auf Höhe des 1. und 2. Brustwirbels; s. MRI-Bericht vom 18. August 2015 [act. II 122 S. 8]), spreche gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Referenzsachlage (Gutachten) durch die nachgewiesene Osteochondrose, zumal auch keine Diskushernie (kein Bandscheibenvorfall) und keine neuroradikuläre Beeinträchtigung (keine Nervenkompression) nachgewiesen sei. Am gutachterlich erstellten medizinischen Zumutbarkeitsprofil vermöchten die festgestellten Veränderungen an der Halswirbelsäule nichts zu ändern. Weiter sei die im Juni 2015 festgestellte *Ulcus duodeni* (vgl. act. II 103) eine Affektion, die zu Bauchschmerzen führen könne, aber in der Regel konservativ-medikamentös gut behandelbar sei. Somit stelle diese lediglich eine vorübergehende, nicht zu andauernder Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitsunfähigkeit) führende Erkrankung dar. Bezüglich der latenten Tuberkulose (vgl. act. II 103, 122 S. 15 f.) führte Dr. med. N. _____ aus, eine solche sei definiert als anhaltende Immunreaktion auf den Erreger *Mycobacterium tuberculosis*. Klinisch bedeute dies: Betroffene Patienten hätten einen positiven immunologischen Test, es bestehe aber kein Anhalt für eine aktive Erkrankung – weder klinisch noch radiologisch oder bakteriologisch. Es bestehe also eine Tuberkulose-Infektion ohne Tuberkulose-Krankheit, die Erreger seien aber jederzeit reaktivierbar. Da die latente Tuberkulose-Infektion zu keinem Leidensdruck und keinen Einschränkungen führe, beeinträchtige sie die Arbeitsfähigkeit nicht. Was den erwähnten Tinnitus anbelange, so gehe aus den Akten nichts Näheres dazu hervor. Es würden keine Angaben zu einer Hörbeeinträchtigung gemacht. Ein blosser Tinnitus (Ohrgeräusch) ohne Hörbeein-

trächtigung schränke die Arbeitsfähigkeit in der Regel nicht ein. Auch der bereits bekannte, im MEDAS-Gutachten unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführte Diabetes mellitus (vgl. act. II 84 S. 36 Ziff. 11.2), schränke ohne gesundheitliche Spätfolgen die Arbeitsfähigkeit im Regelfall nicht wesentlich ein (act. II 127 S. 3). Des Weiteren sei zur geltend gemachten chronischen Depression bzw. anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode zu erwähnen, dass das MEDAS-Gutachten die Depression als vorwiegend mittelgradig eingestuft und diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt habe. Auch die angegebene Schlafstörung und die akzentuierte Persönlichkeit seien den MEDAS-Gutachern bekannt gewesen. Somit ergebe sich bezüglich der depressiven Störung im Vergleich zum MEDAS-Gutachten ebenfalls nichts Neues. Soweit im Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals L. _____ vom 16. Oktober 2015 (act. II 125 S. 4 f. bzw. E. 3.1.6 hiervor) von einer schweren Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werde, sei beides im Schreiben des Spitals L. _____ anamnestisch und befundmässig nicht belegt (kein Psychostatus). Hingegen sei das psychiatrische MEDAS-Gutachten, das sich auf Anamnese und Befunde abstütze, medizinisch schlüssig (act. II 127 S. 4). Eine spezifische Persönlichkeitsstörung liege ebenso wenig vor (act. II 127 S. 5 f.). Schliesslich passe auch die im Bericht des Spitals L. _____ aufgeführte Symptomatik (vgl. act. II 125 S. 5) nicht zu einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; act. II 127 S. 7).

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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

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

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2016 (act. II 129) massgeblich auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2014 (act. II 84) gestützt. Dieses ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen, in den Fachbereichen der Orthopädie und Psychiatrie durchgeführten Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie unter Würdigung der Vorakten erstellt. Das in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit grundsätzlich widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründete Gutachten erfüllt die vom Bundesgericht (BGer) an den Beweiswert von solchen gestellten Anforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiavor). Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden ausführlich gewürdigt und die vorhandenen Akten erlauben eine schlüssige Beurteilung, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

3.3.1 In somatischer Hinsicht ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seit einem Sturz im Oktober 2010 Schulterschmerzen rechts verspürt, welche anfänglich erfolglos konservativ behandelt wurden. Nach Abklingen einer Frozen Shoulder wurde am 25. Mai 2012 eine AC-Resektion mit anterolateraler Schulterdekompression und transossärer Reinsertion der Supraspinatussehne durchgeführt (vgl. act. II 4.1 S. 40 und 186 f., 17 S. 3 - 5, 20 S. 1). Postoperativ haben die therapieresistenten Schmerzen in der rechten Schulter zwar nachgelassen, bestehen aber weiterhin, speziell bei Belastung. Ein stationärer Aufenthalt in der Klinik G._____ vom 16. bis

30. Januar 2013 (vgl. act. II 25) war gemäss MEDAS-Gutachter offenbar nutzlos (act. II 84 S. 9 Ziff. 7.1). Überzeugend führte der orthopädische Gutachter aus, die Schmerzen in der rechten Schulter und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben könnten grösstenteils auf die im MRI beschriebene Rest-Frozen Shoulder zurückgeführt werden, wobei das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit dadurch nicht ganz erklärt sei. Die Schmerzen in der linken Schulter könnten bei quasi unauffälligem Untersuchungsbefund derselben zumindest teilweise mit der im MRI dokumentierten leicht aktivierten Acromioclaviculargelenksarthrose, dem Labrumriss und der Partialruptur der Supraspinatus- und Subscapularissehne links vereinbart werden. Da der Gutachter das Ausmass der subjektiven Reduktion der körperlichen Leistungsfähigkeit dadurch aber nur ungenügend als plausibilisiert ansah, überzeugt die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten, körperlich leichten Tätigkeiten (act. II 84 S. 9 f. Ziff. 7.2 und 8.2). Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit den Ausführungen des SUVA-Kreisarztes Dr. med. H. _____ vom 10. Juni 2013, wonach eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar ist (act. II 46 S. 9). Dessen Zumutbarkeitsprofil wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern am 14. August 2014 bereits im Rahmen der unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeit als schlüssig beurteilt (vgl. VGE UV/2013/1018, E. 3.7 [act. II 81.2 S. 22 f.]). Auch die nach dem hier massgeblichen Zeitpunkt der Verfügung veranlassete MRT vom 29. April 2016 (Beschwerdebeilagen [act. I] 5) vermag daran nichts zu ändern, weist die ärztliche Beurteilung doch insbesondere auf angeblich neue Gesundheitsbeeinträchtigungen hin ohne sich zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu äussern. Gleichsam ändert auch der Bericht von Dr. med. O. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 1. Juni 2016 (act. I 12) nichts am erstellten Zumutbarkeitsprofil. Unbeachtlich zu bleiben hat schliesslich auch der Bericht des Spitals L. _____ vom 24. November 2015 (act. I 6), enthält er doch keine wesentlichen neuen Tatsachen, welche von den MEDAS-Gutachtern nicht bereits berücksichtigt worden wären.

Soweit der orthopädische Gutachter den Beginn der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf März 2013 festlegt (act. II 84 S. 10 Ziff. 8.1 und 8.3), diese jedoch im polydisziplinären Konsens auf Januar 2013 bestimmt wird (act. II 84 S. 36 Ziff. 12.1), verschmälert dies

den Beweiswert des Gutachtens nicht, da dies letztlich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht entscheidrelevant ist.

Zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten weiteren somatischen Einschränkungen (HWS-Leiden, Tinnitus beidseits [Beschwerde S. 7 f.; vgl. zur Gehörseinschränkung auch Eingabe vom 30. Mai 2016, S. 2, i.V.m. act. I 7]) bzw. gesundheitlichen Verschlechterung hat sich der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ im Bericht vom 9. Dezember 2015 umfassend geäußert, worauf verwiesen wird (act. II 127 bzw. E. 3.1.7 hiervor). Dabei ist insbesondere nicht zu beanstanden, dass Dr. med. N. _____ eine Aktenbeurteilung ohne persönliche Untersuchung vorgenommen hat (vgl. Beschwerde S. 8), war eine solche doch bereits anlässlich der MEDAS-Begutachtung erfolgt. Mit Blick auf den umfassenden RAD-Bericht ist demnach eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung nicht erstellt.

3.3.2 Betreffend den psychiatrischen Gesundheitsschaden wird eine seit Januar 2013 anhaltende mittelgradige depressive Episode mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert, welche sich im Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden und psychosozialen Problemen, insbesondere mit finanziellen Schwierigkeiten, entwickelt habe (act. II 84 S. 26 f. Ziff. 6.1 und 7.1). Trotzdem sei bei zugrunde liegenden akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, reizbaren und paranoiden Zügen – welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten –, eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen (act. II 84 S. 27 Ziff. 6.2, S. 29 Ziff. 7.2). Insofern ist die seit Januar 2013 aus psychiatrischen Gründen attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit bzw. von 70 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit (act. II 84 S. 30 f. Ziff. 8.1 und 8.2), nachvollziehbar. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, an einer Persönlichkeitsstörung sowie einer somatoformen Schmerzstörung zu leiden (vgl. Beschwerde S. 7 f.), so hat sich der RAD-Arzt Dr. med. N. _____ auch hierzu umfassend und nachvollziehbar geäußert (act. II 127 bzw. E. 3.1.7 hiervor). Die MEDAS-Gutachter führten denn auch explizit aus, es fänden sich keine Hinweise für eine somatoforme Schmerzstörung (act. II 84 S. 28 Ziff. 7.1, S. 35). Der Annahme der

Beschwerdegegnerin, wonach die psychiatrischen Einschränkungen nicht berücksichtigt werden könnten (act. II 129 S. 6), ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische MEDAS-Gutachter dem vorhandenen Leiden Krankheitswert beimass und nicht davon ausging, dass ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren vorliege, obwohl sich an solchen vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen und Partnerschaftsprobleme erheben liessen (act. II 83.1 S. 24 Ziff. 8.5; vgl. hierzu bereits VGE UV/2013/1018, E. 3.6.9 f. [act. II 81.2 S. 22 und 25]). Der Beschwerdeführer befindet sich denn auch mindestens seit Juli 2013 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung – anfangs alle zwei Wochen, danach einmal pro Monat (act. II 50 S. 2 Ziff. 4, 84 S. 20). Zwar gab er gegenüber dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter an, eine neuroleptische Medikation zu erhalten, die er nur unregelmässig einnehme (act. II 84 S. 28 Ziff. 7.1), dies ist jedoch insoweit nicht entscheidrelevant, als der Gutachter prognostisch ausführte, die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei kombiniert mit ausreichend dosierter Medikation fortzusetzen, jedoch gleichzeitig darauf hinwies, dass eine Besserung des psychischen Zustandsbildes erst nach Besserung der zugrunde liegenden körperlichen Beschwerden und psychosozialen Konflikte zu erwarten sei (act. II 84 S. 32 Ziff. 8.4).

3.3.3 Für die Zeit davor bestand aufgrund der Operation vom 25. Mai 2012 (AC-Resektion, subakromiale Dekompression und transossäre Reinsertion Supraspinatus rechts [vgl. act. II 4.1 S. 186 f.]) zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und erst ab 15. Oktober 2012 – in einer Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten – eine solche von 50 % (vgl. E. 3.1.2 hiavor sowie VGE UV/2013/1018, E. 3.1.10 [act. II 81.2 S. 13 f.]).

3.3.4 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, die Resterwerbsfähigkeit sei nicht verwertbar (Beschwerde S. 8 Ziff. 4). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher

Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457, E. 3.1). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung (1. Oktober 2014 [act. II 84]) 57 Jahre alt (vgl. hierzu BGE 138 V 457, E. 3.3). Eine angepasste Tätigkeit war ihm damals zu 70 % zumutbar, wobei davon auszugehen ist, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten (z.B. leichte Hilfs-, Kontroll- und Überwachungstätigkeiten) besteht, zumal Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden. Von einer fehlenden Verwertbarkeit kann in dieser Sachverhaltskonstellation nicht ausgegangen werden. Auch aus der per 13. August 2015 vorzeitig abgebrochenen beruflichen Massnahme in der Abklärungsstelle M. _____ (act. II 112) kann nicht geschlossen werden, dass eine erwerbliche Verwertbarkeit der Arbeitskraft überhaupt nicht mehr möglich sei, zumal er dort eine Fixierung auf die Krankheit und die Schmerzen zeigte und infolge der psychosozialen Belastung auch unklar blieb, ob er überhaupt motiviert war.

3.4 Folglich ist vom 15. Oktober bis 31. Dezember 2012 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten sowie seit 1. Januar 2013 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer den psychiatrischen und orthopädischen MEDAS-Befunden angepassten, d.h. körperlich leichten Tätigkeit, die nicht mit Arbeiten über der Horizontalen verbunden ist, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, erstellt (act. II 84 S. 37 Ziff. 12.2). Die beantragte Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung erübrigt sich deshalb.

4.

4.1 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen,

das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

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

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und

beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Die IV-Anmeldung datiert vom 28. Mai 2012 (act. II 1). Ein Rentenanspruch kann unter Berücksichtigung der Karenzfrist von sechs Monaten (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) frühestens ab November 2012 bestehen. Das Wartjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits erfüllt, ist doch unbestrittenermassen erstellt, dass während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (vgl. act. II 4.1 S. 82, 87, 110, 116, 134, 158, 170 f., 177 f. und 186). Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2012 hin vorzunehmen.

4.5 Gemäss eigenen Angaben hat der Beschwerdeführer in seiner Heimat eine Lehre als ... absolviert (act. II 1 S. 4 Ziff. 5.3). Seit seiner Einreise in die Schweiz (1988 [act. II 1 S. 1 Ziff. 1.6]) sind im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; act. II 8) jeweils wechselnde Arbeitgeber zu verzeichnen. Weiter hat er bereits seit 1998 mehrfach Arbeitslosenentschädigung bezogen (vgl. act. II 7). Aufgrund dessen erscheint es sachgerecht, das Valideneinkommen aufgrund der Tabellenwerte gemäss LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, Totalwert (Fr. 5'210.--), zu ermitteln. Da der Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit im ihm zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand desselben Tabellenlohnwertes zu bestimmen. In diesem Fall erübrigt sich die genaue Ermittlung der beiden Vergleichseinkommen und der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2008 IV Nr. 2 S. 5 E. 5.4; Entscheid des BGer vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 7.3). Dabei hat die Beschwerdegegnerin einen nicht zu beanstandenden leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt (act. II 129 S. 6, vgl. E. 4.3 hiervor). Insoweit wurde der beschwerdeweise

(S. 8) geltend gemachte (zusätzliche) Teilzeit- sowie Schwerarbeiterabzug von der Beschwerdegegnerin gewürdigt, wobei kein Anlass besteht, korrigierend in deren Ermessen einzugreifen (vgl. zum Schwerarbeiterabzug BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327). Den bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen wurde mit der 50%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.4 hier vor) bereits in genügender Weise Rechnung getragen.

Nach dem Ausgeführten resultiert ein IV-Grad von 55 % ($100 \% - [50 \% - 10 \% = 45 \%]$), womit der Beschwerdeführer ab dem 1. November 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat (vgl. E. 2.2 hier vor).

4.6 Mit dem geänderten medizinischen Zumutbarkeitsprofil bzw. der Arbeitsfähigkeit von 70 % ab 1. Januar 2013 liegt ein medizinischer Revisionsgrund im Sinne einer gesundheitlichen Verbesserung vor (vgl. E. 2.3 und 3.4 hier vor), womit ein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen ist. Da die beiden Vergleichseinkommen wiederum anhand der gleichen Tabellenlohnwerte zu bestimmen sind, kann erneut auf deren genaue Ermittlung verzichtet werden (vgl. E. 4.5 hier vor). Entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ergibt sich unter Berücksichtigung des 10%igen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. hierzu ebenfalls E. 4.5 hier vor) – wobei ein (zusätzlicher) Teilzeitabzug aufgrund der vollzeitlichen Stundenpräsenz mit lediglicher Einschränkung in der Leistungsfähigkeit (act. II 84 S. 37 Ziff. 12.2) hier ohnehin ausser Betracht fällt – ein rentenausschliessender IV-Grad von 37 % ($100 \% - [70 \% - 10 \% = 63 \%]$). In der Folge ist die zugesprochene halbe Rente per Ende März 2013 aufzuheben (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

5.

Nach dem Dargelegten ist die gegen die Verfügung vom 9. Februar 2016 erhobene Beschwerde insoweit gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer eine vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 befristete halbe IV-Rente zuzusprechen ist. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Da die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der eingereichten Bestätigung der Unterstützung durch den Sozialdienst (act. I 4) ausgewiesen ist und das Verfahren nicht zum vornherein als aussichtslos erschien, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt. Das sich einzig auf die Befreiung von den Verfahrenskosten beziehende Gesuch des Beschwerdeführers ist – insoweit es zufolge Gutheissung der Beschwerde nicht gegenstandslos geworden ist – gutzuheissen.

6.2 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 Verfahrensausgang obsiegt der Beschwerdeführer nur geringfügig. Somit rechtfertigt sich, die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu $\frac{3}{4}$ (Fr. 600.--) dem Beschwerdeführer und zu $\frac{1}{4}$ (Fr. 200.--) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.1 hiavor) wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

6.3

6.3.1 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1).

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren

den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitativ. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

6.3.2 Angesichts des Unterliegens im Grundsatz hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer lediglich die anteilmässigen Parteikosten im Umfang von $\frac{1}{4}$ zu ersetzen.

In der Kostennote vom 30. Mai 2016 macht Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____ ein Honorar von Fr. 1'625.-- (12.5 h x Fr. 130.--), Auslagen von Fr. 52.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 134.15, insgesamt Fr. 1'811.15, geltend. Die unaufgefordert eingereichte Replik vom 30. Mai 2016 sowie die Eingabe vom 18. Juli 2016 ergeben nichts wesentlich Neues, die Vorbringen hätten, wenn überhaupt, insofern ohne Weiteres im Rahmen der Beschwerde gemacht werden können, zumal die rechtlichen Ausführungen dort sehr kurz gehalten sind, so dass die Replik eine eigentliche Beschwerdeergänzung darstellt. Demnach ist der hierfür geltend gemachte Aufwand nicht zu entschädigen. Unter diesen Umständen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Ausgehend vom geringfügigen Obsiegen hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 300.-- (Fr. 1'200.-- x $\frac{1}{4}$) zu bezahlen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. Februar 2016 dahingehend abgeändert, als dem Beschwerdeführer vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 eine befristete halbe IV-Rente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen, soweit es nicht gegenstandslos geworden ist.
3. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden im Umfang des Unterliegens zu $\frac{3}{4}$, ausmachend Fr. 600.--, dem Beschwerdeführer und zu $\frac{1}{4}$, ausmachend Fr. 200.--, der Beschwerdegegnerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – von der Zahlungspflicht befreit.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung, gerichtlich bestimmt auf Fr. 300.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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