

200 16 355 IV
SCJ/REL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. November 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Februar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 14. August 2014 unter Hinweis auf einen Knieunfall am 17. April 2013 sowie einen am 17. Januar 2014 erlittenen Auffahrunfall und der daraus folgenden HWS-Distorsion bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Rentenbezug an (Antwortbeilage der IVB [AB] 1 und AB 6.4 S. 40). Nachdem die IVB die Akten der C. _____ als zuständigem Unfallversicherer eingeholt (AB 6.1 bis AB 6.4) und Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vorgenommen hatte, veranlasste sie eine bidisziplinäre Begutachtung (AB 30). Das entsprechende psychiatrische und orthopädische Gutachten datiert vom 28. Oktober 2015 (AB 41.1). Gestützt darauf stellte die IVB in der Folge mit Vorbescheid vom 17. November 2015 (AB 44) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht, da ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 15 % bestehe.

Damit zeigte sich der Versicherte – vertreten durch Fürsprecher B. _____ – mit Einwand vom 3. Dezember 2015 (AB 45) nicht einverstanden und reichte weitere medizinische Akten ein (S. 4 f.). Nach Einholen einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [AB 51]) verfügte die IVB am 24. Februar 2016 ihrem Vorbescheid entsprechend und wies das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 15 % ab (AB 52).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Fürsprecher B. _____ – am 7. April 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente (IV-Rente) bei einem IV-Grad von mindestens 40 %. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und gestützt darauf sei über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

In der Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 20. Juni 2016 und Duplik vom 4. August 2016 hielten beide Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Februar 2016 (AB 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV und dabei insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist.

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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, ab-

wenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; 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).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – 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 (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 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).

2.5 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 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 18. März 2014 (AB 6.4 S. 24) hielt der Facharzt des Röntgeninstituts D._____ fest, dass sich eine subtotale transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne, eine Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne und weniger ausgeprägt der Infrapinatussehne mit diskreter Tendinitis calcarea der Subscapularissehne gezeigt habe. Zudem fänden sich degenerative AC-Gelenksveränderungen mit Hinweis auf diskrete Traumatisierung und Hinweise auf anteriore Instabilität sowie differentialdiagnostisch diskret eine anteriore Kapselläsion.

3.1.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. März 2015 (AB 41.2 S. 2 f.) die Diagnosen eines Verdachts auf posttraumatische Ruptur der Rotatorenmanschette rechts nach Auffahrunfall sowie eines Zustands nach Schleudertrauma nach Auffahrunfall mit cervico-brachialgieformen Restbeschwerden. Die Rotatorenmanschetten-Ruptur erkläre einen Teil der Schulter/Oberarmschmerzen rechts sowie die

eingeschränkte Funktion und Kraftverminderung. Die zusätzlich vorhandenen cervico-brachialgieformen Schmerzen und Dysästhesien seien Residuen des Schleudertraumas. Als Behandlung sei eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts notwendig und sinnvoll (S. 3).

3.1.3 Ein im Röntgeninstitut D._____ am 4. März 2015 (AB 41.2) durchgeführtes MRI der rechten Schulter führte hauptsächlich zu folgender Beurteilung: Im Vergleich zur MR-Voruntersuchung vom 18. März 2014 (AB 6.4 S. 24) zeige sich eine nun vollständig rupturierte und retrahierte Supraspinatussehne ohne wesentliche Muskelatrophie.

3.1.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. April 2015 (AB 26) eine reaktive ängstlich-depressive Anpassungsstörung in emotionell belastenden psychosozialen Lebensumständen (ICD-10: F43.2) sowie einen Status nach Verkehrsunfall am 17. Januar 2014. Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem Unfall vom 17. Januar 2014 für alle Erwerbstätigkeiten stark beeinträchtigt (S. 2 Ziff. 1.6). Aus ärztlich-psychiatrischer Sicht seien gegenwärtig keine Erwerbstätigkeiten zumutbar (Ziff. 1.7).

3.1.5 Die Fachärzte der G._____ (MEDAS; Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) führten in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 28. Oktober 2015 (AB 41.1) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie chronische Nacken-Schulter-Armbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10: M54.2/M79.60/M75.1) auf (S. 20 Ziff. 5.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronischer ventraler Knie-schmerz links sowie ein chronisch intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (Ziff. 5.2).

In psychiatrischer Hinsicht bestehe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, welche auch in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen realisierbar sei (S. 12 Ziff. 3.7).

Aus orthopädischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit ebenso wie für andere mit Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau verbundene Verrichtungen sowie wiederholt körperlich mittelschwere und schwere Anteile enthaltende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 18 Ziff. 4.5). Für körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung und Vermeidung des Einsatzes der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg vermieden werden sollte.

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter des MEDAS zusammenfassend zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als ... sowie allgemein für schwere, mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 21). In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könne mit leicht erhöhtem Pausenbedarf vollschichtig umgesetzt werden. Arbiträr könne retrospektiv die Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte Tätigkeiten ab Januar 2014 zugeordnet werden, wobei die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten nicht ab jenem Zeitpunkt eingeschränkt war: die 20 %ige Einschränkung sei wahrscheinlich ab Oktober 2014 zuzuordnen, was mit Sicherheit ab September 2015 zu bestätigen sei.

3.1.6 Im Operationsbericht vom 14. Oktober 2015 (AB 43) führte Dr. med. E. _____ aus, dass er am 13. Oktober 2015 aufgrund der Diagnose einer posttraumatischen Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supra- und Infraspinatussehnen) eine diagnostische Schulterarthroskopie und eine offene Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts durchgeführt habe. Postoperativ müsse der Beschwerdeführer für vier Wochen eine Schiene tragen, ab der neunten Woche sei auch Kraftaufbau gegen Widerstand möglich (S. 2).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 18. Februar 2016 (AB 51) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass ab der neunten Woche nach der Operation vom 13. Oktober 2015 wieder von einer Belast-

barkeit der Schulter und von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hausmann sowie in jeder angepassten Tätigkeit ab Ende Dezember 2015 auszugehen sei. Die vom Beschwerdeführer beantragte Sistierung des Rentenverfahrens sei medizinisch nicht nachvollziehbar und am Vorbescheid vom 17. November 2015 (AB 44) könne festgehalten werden (S. 2).

3.1.8 Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. März 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 8) einen Status nach posttraumatischer Rotatorenmanschettenruptur und Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne sowie einen Status nach HWS-Beschleunigungstrauma. Seit der im Oktober 2015 erfolgten Operation habe sich keine Besserung der Beschwerden eingestellt. Weiterhin beständen eine Abduktionsstörung, häufige Nacken- und Hinterkopfschmerzen wie auch ein Elektrisieren und intermittierend eine Gefühlstörung im rechten Arm von Schulter bis zum den Fingern. Bei seiner Untersuchung habe er keine Hinweise auf eine neurogene Affektion oder neurologische Ursache der Beschwerden finden können (S. 2).

3.1.9 Der Psychiater Dr. med. F. _____ führte in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 (BB 6) die Diagnosen einer anhaltenden schweren reaktiven depressiven Anpassungsstörung in persistierenden stark belastenden Lebensumständen, einen Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Schleudertrauma-Syndrom und residualen Kopf-, Nacken-, Schulter- und Armschmerzen rechts, einen Status nach posttraumatischer Rotatorenmanschetten-Ruptur rechts und offener Rekonstruktion sowie rezidivierende Lumboischialgien auf. Der bisherige Verlauf müsse leider als sehr unbefriedigend bezeichnet werden: der Beschwerdeführer sei weiterhin mittelgradig bis phasenweise schwergradig depressiv verstimmt, völlig unbelastbar, stark verunsichert, stress- und frustrationsintolerant, handlungsunfähig und äussere weiterhin starke existentielle Zukunftsängste. Er klage über diverse Schmerzbeschwerden (Kopf, Nacken, Schulter und Arm rechts). Da er rechtshändig sei, sei seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und auch in diversen anderen leichteren Erwerbstätigkeiten definitiv stark eingeschränkt. Solange die schmerzhaften invalidisierenden

Schulterbeschwerden persistierten, könne kaum eine klinisch relevante Verbesserung seines psychischen Zustandes erwartet werden (S. 2).

3.1.10 Im Bericht vom 17. Juni 2016 (BB 7) hielt Dr. med. E. _____ fest, dass es mit der Schulter etwas besser gehe, dass der Beschwerdeführer jedoch noch eine Mitella (Armschlinge) trage. Im angestammten Beruf als ... sei er weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und seiner Meinung nach sei eine halbe IV-Rente angezeigt und sinnvoll.

Diese drei – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Berichte sind, soweit den zeitlich massgebenden Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2016 (AB 52) beschlagend, grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 9 E. 1 S. 11, 121 V 362 E. 1b S. 366).

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 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2016 (AB 52) auf das bidisziplinäre Gutachten der ME-

DAS vom 28. Oktober 2015 (AB 41.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen untereinander wie auch mit den übrigen Akten in Übereinstimmung. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende bidisziplinäre Beurteilung ein, so dass darauf abgestellt werden kann.

3.4 In somatischer Hinsicht sind dem Beschwerdeführer gemäss dem orthopädischen MEDAS-Gutachter Dr. med. I. _____ aufgrund der verminderten Belastbarkeit in der Nacken-Schulter-Region – objektivierbar durch die nun vollständig rupturierte und retrahierte Supraspinatussehne rechts gemäss MRI vom 4. März 2015 (AB 41.2) – keine körperlichen schweren und mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar, womit er in der angestammten Tätigkeit als ... arbeitsunfähig ist (AB 41.1 S. 18 Ziff. 45). Hingegen lag bis zum Zeitpunkt der Begutachtung Ende September 2015 für körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung und Vermeidung des Einsatzes der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den Erhebungen der behandelnden Ärzte und es finden sich in den Akten keine medizinischen Unterlagen, welche die überzeugende Einschätzung des MEDAS-Orthopäden in Zweifel zu ziehen vermöchten. So wird denn die somatische Beurteilung bzw. die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht durch den Beschwerdeführer bis zu diesem Zeitpunkt auch nicht bestritten (Beschwerde vom 7. April 2016 S.4 Ziff. 3.1). Auf das im MEDAS-Gutachten erstellte somatische Zumutbarkeitsprofil ist deshalb abzustellen.

3.5 Aus psychiatrischer Sicht liegen gemäss dem MEDAS-Gutachter Dr. med. H. _____ eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und

eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) vor (AB 41.1 S. 11 Ziff. 3.4), welche die Arbeitsfähigkeit um maximal 20 % einschränken (S. 12 Ziff. 3.7). Auch diese Einschätzung überzeugt mit Blick auf die vorliegenden medizinischen Akten. Der Gutachter legt einleuchtend dar, dass sich die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach er gar nicht mehr arbeiten könne, nicht mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden begründen lässt (Ziff. 3.5). Der während dem Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. F. _____ vom 14. Juni 2016 (BB 6), wonach der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit und „auch in diversen anderen leichteren Erwerbstätigkeiten definitiv stark eingeschränkt“ sei, ändert daran nichts: Zum einen führt der Psychiater hauptsächlich eine reaktive depressive Anpassungsstörung in stark belastenden Lebensumständen an, welcher wohl Krankheitswert zukommt, bei welcher es sich jedoch um ein vorübergehendes und damit – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgehalten hat (Duplik vom 4. August 2016 S. 2) – nicht invalidisierendes psychisches Leiden handelt (Entscheid des BGer vom 9. August 2010, 8C_322/2010, E. 5.2). Zum anderen gilt es auch zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte wie vorliegend den behandelnden Psychiater Dr. med. F. _____ (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.6 Diese durch die MEDAS-Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % ist indessen rechtlich nicht zu berücksichtigen, da zum einen eine leichte depressive Episode nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich nicht invalidisierend ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Juni 2016, 8C_191/2016, E. 4.1). Zudem spricht auch die Prüfung der rechtsprechungsgemäss geltenden Indikatoren (vgl. E. 2.3 vorstehend) gegen einen invalidisierenden Charakter der Schmerzstörung:

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Die MEDAS-Gutachter hielten fest, dass sich die äusserst diffus und unklar beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen lassen, obwohl ein gewisser Leidensdruck an der rechten Schulter bei der Ruptur der Spinatussehne durchaus nachvollziehbar sei, die übrig angegebenen Beschwerden jedoch kaum (AB 41.1 S. 17 Ziff. 4.4). Die durch die Spinatussehnenruptur (zumindest teilweise) erklärbaren Schulterbeschwerden sind damit bei der Ausprägung der diagnoserelevanten Symptome der somatoformen Schmerzstörung nicht vollumfänglich zu berücksichtigen. Zudem scheint der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben einen ziemlich regelmässigen Tagesablauf zu haben. Nach dem Aufstehen gehe er alleine oder mit seiner Frau einkaufen, beteilige sich an den haushaltlichen Verrichtungen wie Kochen und gelegentlichem Putzen (S. 13) und treffe sich mit Freunden zu Hause oder im Restaurant (S. 8). Unter dem Titel „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung befindet, die er lediglich ein- bis zweimal pro Monat in Anspruch nimmt und welche – wie der MEDAS-Psychiater ausführt – „durchaus intensiviert“ werden könnte, wobei auch die Compliance verbessert würde (AB 41.1 S. 10 Ziff. 3.3.3). Psychiatrische Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen nicht, ist doch die leichte depressive Episode – wie vorstehend ausgeführt – recht-sprechungsgemäss nicht invalidisierend. Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, dass keine deutlich auffällige Persönlichkeitszüge vorliegen und der Beschwerdeführer vor der Erkrankung sonst normale Sozialisation und volle Leistungsfähigkeit gezeigt hat (AB 41.1 S. 9). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Freizeitgestaltung bzw. das Leben des Beschwerdeführers nicht ausgeprägt eingeschränkt sind. So lebt der Beschwerdeführer in einer guten und stabilen Beziehung, pflegt gute Kontakte zu seinen Kindern und auch zu Kollegen, welche er trifft, und verreist regelmässig mit dem Auto oder dem Flugzeug in seine

Heimat (AB 41.1 S. 8 und S. 10). Damit bestehen durchaus gewisse mobilisierende Ressourcen, auf die der Beschwerdeführer zurückgreifen kann (AB 41.1 S. 10). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer in seinem sozialen Leben wenig Einschränkungen zeigt, ist auch im Rahmen des Aspekts der „Konsistenz“ respektive der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu beachten (BGE 141 V 281 E. 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach er sich nicht gar mehr in der Lage fühle, zu arbeiten (AB 41.1 S. 12 Ziff. 3.5), lässt sich gemäss den Gutachtern nicht mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden begründen. Es ist zudem auf die Angaben des orthopädischen Gutachters zu verweisen, wonach die im Seitenvergleich am rechten Arm festgestellten vermehrten Umfänge an Ober- und Unterarm sowie die erheblich vermehrte Beschwielung dieser Seite keinesfalls mit der angegebenen längerdauernden Schonung vereinbar sei (S. 17 Ziff. 4.4). Dies spricht für eine Inkonsistenz zu den geltend gemachten Schmerzen und den angegebenen Einschränkungen. Schliesslich nimmt der Beschwerdeführer – wie vorstehend ausgeführt – zurzeit nur therapeutische Optionen wahr, die durchaus intensiviert werden könnten (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Damit ist erstellt, dass der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren selbst unter Prüfung der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 keine invalidisierende Wirkung zukommt.

3.7 Es lässt sich demnach dem Grundsatz nach nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf die medizinische Situation, wie sie im MEDAS-Gutachten vom 28. Oktober 2015 wiedergegeben worden ist, nach Durchführung eines Einkommensvergleichs unter Annahme einer Invalidität von 15 % verneint hat.

4.

Zu prüfen ist hingegen aufgrund der Vorbringen des Beschwerdeführers weiter, ob es im Anschluss an die Operation der Rotatorenmanschetten-Ruptur vom 13. Oktober 2015 (vgl. AB 43) bis zu dem für die Beurteilung

massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2016 (AB 52) zu einer rentenbegründenden Invalidität gekommen ist.

4.1 Gemäss dem überzeugenden bidisziplinären Gutachten besteht spätestens seit April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... (vgl. E. 3.4 vorstehend). Allerdings ergab bereits die MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 18. März 2014 (AB 6.4 S. 24) die Diagnose einer partiellen Rotatorenmanschetten-Läsion. Es ist davon auszugehen, dass wohl bereits seit diesem Zeitpunkt eine – zumindest partielle – Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und ... bestanden haben dürfte. Damit in Übereinstimmung stehen auch die Angaben der MEDAS-Gutachter, welche im Gutachten vom 28. Oktober 2015 retrospektiv eine Arbeitsunfähigkeit für nicht adaptierte Tätigkeiten ab Januar 2014 zuordnen konnten (AB 41.1 S. 21). Wenn damit davon auszugehen ist, dass die einjährige Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bereits im Januar 2014 ausgelöst wurde und seither ununterbrochen angehalten hat, dann besteht die Möglichkeit, dass es zu einem befristeten Rentenanspruch gekommen sein könnte, wenn die im Anschluss an die – nach Erstellen des MEDAS-Gutachtens vom 28. Oktober 2015 (Untersuchung am 29. September 2015 [AB 41.1]) durchgeführte – Operation vom 13. Oktober 2015 (AB 43) eingetretene Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit mindestens drei Monate angehalten hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

4.2 Wie es sich damit verhält, kann gestützt auf die vorliegenden Akten allerdings nicht abschliessend beurteilt werden. Insbesondere vermag die in diesem Zusammenhang abgegebene Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 18. Februar 2016 (AB 51) nicht zu überzeugen. Zwar sind nach der Praxis Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die vorliegenden Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Die RAD-Ärztin geht in ihrer Aktenbeurteilung davon aus, dass in jeder angepassten Tätigkeit bereits ab Ende Dezember 2015 wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei bzw. war (AB 51 S. 2). Sie hat den Beschwerdeführer jedoch

nicht selbst untersucht und bei ihrer Aktenbeurteilung über keine zusätzlichen aktuellen Berichte verfügt, welche Auskunft über den Verlauf der postoperativen Rehabilitation hätten geben können. Vielmehr hat sie ihre Einschätzung allein gestützt auf den Operationsbericht des behandelnden Arztes Dr. med. E. _____ abgegeben. Zwar hat der Orthopäde in diesem Bericht vom 14. Oktober 2015 (AB 43) einen „Kraftaufbau gegen Widerstand“ ab der neunten Woche nach Operation für möglich gehalten. Ob dann aber weitere vier Wochen später bereits von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen war, ist immerhin fraglich: So führte der Neurologe Dr. med. K. _____ am 10. März 2016 aus, dass es nach der Operation vom Oktober 2015 zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen sei (BB 8). Und auch der operierende Dr. med. E. _____ teilte in seinem Bericht vom 17. Juni 2016 (BB 7) mit, mit der Schulter „gehe es eher etwas besser“, doch trage der Beschwerdeführer immer noch eine Mitella (Armschlinge). Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ wies in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2016 (BB 6) auf „schmerzhafte invalidisierende Schulterbeschwerden“ hin, welche persistieren würden.

4.3 Unter diesen Umständen bestehen gewichtige und berechtigte Zweifel an der Einschätzung bzw. Schlussfolgerung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 18. Februar 2016 (AB 51), wonach die im Anschluss an die Operation vom 13. Oktober 2015 eingetretene Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten nicht mindestens drei Monate angehalten habe. Es kann diesbezüglich nicht einzig auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin abgestellt werden, sondern es sind ergänzende Abklärungen erforderlich (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

5.

Nach den vorstehenden Ausführungen erweist sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt zumindest teilweise als ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2016 (AB 52) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Akten an die Beschwer-

degegnerin zurückzuweisen zur Klärung der Frage, ob es im Anschluss an die Operation vom 13. Oktober 2015 zu einem – allenfalls befristeten – Rentenanspruch gekommen sein könnte.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat dem obsiegenden Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 19. August 2016 hat Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 2'750.– sowie Auslagen von Fr. 80.20 und die Mehrwertsteuer von Fr. 226.40 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'056.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. Februar 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und hierauf neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'056.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.