

200 16 371 IV
GRD/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Januar 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Februar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als ... tätig und meldete sich am 20. Januar 2014 unter Hinweis auf eine Abnutzung der Wirbelsäule mit belastungsabhängigen Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, AB] 1). Die IVB nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor und gewährte am 23. Juli 2014 Beratung und Unterstützung beim Erhalt des damaligen Arbeitsplatzes (AB 23) sowie ein Arbeitstraining bei der Abklärungsstelle C. _____ (AB 28). Nachdem dieses abgebrochen werden musste (AB 38) liess die IVB den Versicherten bidisziplinär (rheumatologisch/psychiatrisch) begutachten (AB 54). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 17. September 2015 (AB 68.1 bis AB 68.3) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 25. September 2015 die Ablehnung des Rentenanspruchs bei Vorliegen eines Invaliditätsgrades (IV-Grades) von 4 % in Aussicht (AB 69). Damit zeigte sich der Versicherte – vertreten durch die B. _____, Dr. iur. D. _____ – mit Einwand vom 30. Oktober 2015 (AB 74) bzw. vom 25. November 2015 nicht einverstanden und reichte eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters zu den Akten (AB 79). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [AB 82 und AB 83]) und weiteren Einwandergänzungen durch die Rechtsvertreterin des Versicherten (AB 84) verfügte die IVB am 29. Februar 2016 dem Vorbescheid entsprechend und verneinte bei einem IV-Grad von 4 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Rente [AB 89]).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch die B. _____, Dr. iur. D. _____ – am 14. April 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt, dass der IV-Grad gestützt auf seine Ausführungen und neue medizinische Abklärungen seit der

Hüftoperation (Einsatz einer Prothese) neu zu bestimmen und ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren seien.

Mit Eingabe vom 17. Mai 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die angefochtene Verfügung auf eine ausführliche Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 29. Februar 2016 (AB 89). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

Auf das Begehren des Beschwerdeführers, es seien ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren, ist mangels eines Anfechtungsgegenstandes nicht einzutreten, da darüber in der angefochtenen Verfügung vom 29. Februar 2016 (AB 89) nicht entschieden wurde (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164 f.).

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 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).

2.4 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 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In ihrem Bericht vom 9. Februar 2015 (AB 43 S. 2) hielten die behandelnden Ärzte Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, als Diagnose einen Zustand nach ALIF (Anterior Lumbar Interbody Fusion) L4/5 und L5/S1 am 1. Juli 2014 bei chronisch lokal lumbalen Rückenschmerzen und intermittierend bilateraler Ischialgie bei Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 fest. Im Hinblick auf den Rücken sei der Beschwerdeführer in leichten bis allfällig mittelschweren körperlichen Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu Wechselbelastung (Sitzen, Stehen und Gehen) wieder arbeitsfähig (Ziff. 1.7-1.9). Das

Heben von Lasten bis 10kg sei erlaubt. Die ursprüngliche Tätigkeit als ... scheine jedoch längerfristig nicht realistisch.

3.1.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 16. Februar 2015 (AB 46) einen Zustand nach ALIF L4/5 und L5/S1 bei chronisch lokal lumbalen Rückenschmerzen und bilateraler Ischialgie bei Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 2). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Depression. Zwischen dem 15. April 2013 und dem 22. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 23. Februar 2015 sei er probeweise 50 % arbeitsfähig (S. 3).

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht vom 28. Februar 2015 (AB 52) fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 5. Februar 2014 verbessert habe. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben und weiterhin habe die rezidivierende depressive Störung, mittelschwere bis schwere Depression, zurzeit leichten Grades, einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Seit der Rückenoperation habe sich der Zustand des Beschwerdeführers deutlich verbessert, jedoch habe sich zurzeit eine Verschlechterung des psychischen Zustandes ergeben, da seine Mutter Ende Januar 2015 verstorben sei. Die gesundheitlich begründete Arbeitsfähigkeit betrage ca. 70 %, habe aber Steigerungspotential (S. 2).

3.1.4 In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. September 2015 (AB 68.1) diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit anhaltender Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Erschöpfungsdepression/Burnout (ICD-10: F48.0/Z73.0 [S. 7 Ziff. 4). Ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Überlastung am Arbeitsplatz (ICD-10: Z56) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73). Der Beschwerdeführer habe im Zusammenhang mit der Aufgabe der Arbeitstätigkeit im Februar 2013 eine gewisse psychische Mitbeteiligung gezeigt und es seien Symptome aufgetreten, welche für eine Depression sprächen (S. 8). Da ein enger Zusammenhang zwischen beruflicher Überforderung und depressiver Symptomatik bestanden habe, könne von einer

Erschöpfungsdepression bzw. einem Burnout ausgegangen werden. Im Zeitpunkt der Untersuchung liege ein knapp leichtgradiges Ausmass an Depressivität vor, der Beschwerdeführer sei nicht in relevantem Ausmass verstimmt. Es lasse sich der Schluss ziehen, dass die Depressivität höchstens leichtgradig sei, da sich die Angstkomponente zurück bilde, weshalb schon vor längerer Zeit die Zyprexa-Medikation gestoppt worden sei, und der Beschwerdeführer seinen Psychiater eher selten aufsuche (S. 9). Von Februar 2013 bis Juli 2014 habe eine Depressivität von leichter bis mittlerer Ausprägung mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 30 % bestanden. Seit Juli 2014 bestehe in der Regel eine leichte Depressivität und die Arbeitsunfähigkeit habe seither aus psychiatrischer Sicht nicht über 20 % betragen. Die bisherige Tätigkeit sei zu ca. 80 % zumutbar (S. 10) und auch eine angepasste Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 80 % zumutbar (S. 11). Aus subjektiver Sicht seien die Ressourcen eingeschränkt, aus psychiatrischer Sicht seien sie jedoch nur wenig eingeschränkt (S. 12).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. September 2015 (AB 68.3) hielt Dr. med. J. _____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom und eine Gicht-Arthropathie fest (S. 8 Ziff. III). Insgesamt seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar zu beurteilen (S. 12). Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der bisher ausgeübten Tätigkeit als ... seit dem 1. Juli 2014 zu 100 % und danach seit dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase, d.h. seit Mitte Oktober 2014, zu 50 % eingeschränkt (S. 15). Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück wie auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit konnte der Gutachter aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht in keinem Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Diese angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender

und gehender Körperhaltung zu wechseln; das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert.

In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 17. September 2015 (AB 68.2) hielten die Dres. med. I. _____ und J. _____ fest, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... und ... und eine angepasste Verweistätigkeit zwischen Februar 2013 und Juni 2014 ein Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestanden habe. Von Anfang Juli bis Mitte Oktober 2014 habe die Arbeitsfähigkeit 0 % betragen und seither liege in der angestammten Tätigkeit eine Einschränkung von 50 % und in einer angepassten Verweistätigkeit eine solche von 20 % vor (S. 2).

3.1.5 In der ärztlichen Stellungnahme vom 9. November 2015 (AB 79 S. 3 ff.) führte Dr. med. H. _____ aus, dass der Beschwerdeführer alle Bedingungen zum Stellen der Diagnose einer depressiven Episode von mittelgradigem bis schwerem Ausmass erfülle (S. 4). Nach der Behandlung mit antidepressiver Medikation habe sich der Zustand verbessert, weshalb er im Zeugnis vom 5. Februar 2014 eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere bis schwere Depression, zurzeit leichten Grades, diagnostiziert habe. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 0 %, in einer anderen, einfacheren Tätigkeit zu ca. 20 % arbeitsfähig, da er zurzeit wieder in einem mittelschweren depressiven Zustand sei (S. 5).

3.1.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fasste in ihrer Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 (AB 82) die vorliegenden medizinischen Akten zusammen und hielt fest, dass die vom psychiatrischen Gutachter attestierte 20 %ige Leistungseinschränkung seit Juni 2014 nachvollziehbar sei (S. 9). Jedoch wirke sich die auf der Diagnoseliste aufgeführte Erschöpfungsdepression/Burnout kaum bis gar nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 8). Der behandelnde Psychiater Dr. med. H. _____ formuliere ebenfalls eine leichtgradige depressive Störung, stelle aber vielfach auf subjektive Beschwerden ab, weshalb im Februar 2014 die Kriterien für eine leichtgradige Depression nur ansatzweise erfüllt gewesen seien. Im Verlaufsbericht vom März 2015 fänden sich dann eindeutigeren und objektiviertere Symptome, jedoch keine Befunde einer schweren Depression.

3.1.7 Im Operationsbericht vom 15. Februar 2016 (AB 87 S. 2 f.) führte der operierende Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die Diagnose einer Femurkopfnekrose rechts auf. Am 12. Februar 2016 habe er die Implantation einer Hüfttotalprothese rechts über einen anterolateralen Zugang vorgenommen. Er empfahl eine Mobilisation ab dem ersten postoperativen Tag mit Teilbelastung von $\frac{1}{2}$ Körpergewicht an zwei Unterarmstücken für die Dauer von sechs Wochen.

3.1.8 In der Aktennotiz vom 24. Februar 2016 (AB 88) hielt die RAD-Ärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, bei einem unkomplizierten Verlauf postoperativ nach der Hüft-TEP rechts könne drei Monate postoperativ wieder das Zumutbarkeitsprofil aus dem Gutachten vom 17. September 2015 (AB 68.2) übernommen werden.

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 29. Februar 2016 (AB 89) massgeblich auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. J. _____ und I. _____ vom 17. September 2015 (AB 68.2) gestützt.

3.3.1 Das interdisziplinäre Gutachten vom 17. September 2015 (AB 68.2), basierend auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 14. September 2016 (AB 86.1) und auf dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 17. September 2015 (AB 68.3), erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiavor), 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 beiden Teilbeurteilungen stehen untereinander in Übereinstimmung und überzeugen. Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 17. September 2015 (AB 86.2) ist deshalb abzustellen.

3.3.2 Wenn der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 14. April 2016 vorbringt, dass die Diagnosestellung einer Erschöpfungsdepression bzw. eines Burnouts (ICD-10:F48.0 bzw. Z73.0) im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I. _____ vom 14. September 2016 (AB 86.1) nicht begründet worden sei, kann dem nicht gefolgt werden. Der psychiatrische Gutachter führt vielmehr klar und schlüssig aus, dass im Zeitpunkt der Begutachtung ausschliesslich Befunde vorlagen, welche auf ein knapp leichtgradiges Ausmass an Depressivität schliessen lassen (S. 8 f.). Gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf, seinen Hobbies und Interessen zieht der Gutachter den Schluss, dass die vorhandene Depressivität höchstens leichtgradig ist. Ebenso legt Dr. med. I. _____ überzeugend dar, dass auch die ab Februar 2013 aufgetretenen Symptome auf eine Erschöpfungsdepression bzw. ein Burnout hindeuten und dass die Trauerreaktion auf den Tod seiner Mutter im Januar

2015 nachvollziehbar war und keiner Pathologie entsprach (S. 8). Daran vermögen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. H. _____ vom 28. Februar 2015 (AB 52) und vom 9. November 2015 (AB 79 S. 3 ff.) nichts zu ändern, denn der unterschiedlichen Aufgabe eines behandelnden und eines begutachtenden Arztes muss und darf Rechnung getragen werden: So lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Hinweise auf solche Aspekte lassen sich den Akten nicht entnehmen, denn der psychiatrische Gutachter Dr. med. I. _____ hat – wie vorstehend ausgeführt – seine Einschätzung einlässlich und überzeugend begründet, währenddem der behandelnde Psychiater Dr. med. H. _____ hauptsächlich das subjektive Befinden des Beschwerdeführers abstellt (vgl. Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ 8. Dezember 2015 [AB 82]). Eine Kontaktaufnahme des Gutachters mit dem behandelnden Dr. med. H. _____ war demnach weder erforderlich noch angezeigt.

Bezüglich der von Dr. med. I. _____ festgestellten Erschöpfungsdepression (ICD-10: F48.0) muss festgehalten werden, dass diese gemäss den diagnostischen Leitlinien dann diagnostiziert werden kann, wenn die vorliegenden depressiven Symptome nicht anhaltend und schwer genug sind, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen wie eine depressive Episode (ICD-10: F32.0) zu erfüllen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 236). In Anbetracht dieser Definition und auch der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach bereits leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis als grundsätzlich

therapeutisch angebar und deshalb nicht invalidisierend gelten (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 29. August 2012, 9C_266/2012, E. 4.3.2 und vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1), muss dies umso mehr auf die vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte knapp leichtgradige Depressivität bzw. auf die Erschöpfungsdepression Anwendung finden. Zudem fällt auch das von Dr. med. I. _____ ebenfalls erwähnte Burnout als sog. „Z-Diagnose“ nicht unter den Begriff eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1; Entscheide des BGer vom 25. April 2016, 9C_894/2015, E. 5.1 und vom 6. November 2012, 9C_437/2012, E. 3.3). Auch wenn der psychiatrische Gutachter der von ihm diagnostizierten Erschöpfungsdepression/Burnout (ICD-10: F48.0/Z73.0) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugesteht und infolgedessen eine Einschränkung von 20 % attestiert, kann diese Diagnose vorliegend aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden berücksichtigt werden.

3.3.3 Hinsichtlich der Kritik am rheumatologischen Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 17. September 2015 (AB 68.3) ist darauf hinzuweisen, dass dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hauptsächlich bezüglich einer angepassten Tätigkeit massgeblich ist, zumal auch der behandelnde Hausarzt Dr. med. G. _____ (AB 50 S. 3 bzw. AB 46) wie auch die operierenden Dr. med. E. _____ und Prof. Dr. med. F. _____ (AB 43) eine Arbeitstätigkeit als ... langfristig nicht mehr als realistisch erachteten. Dass bei den geltend gemachten Beschwerden eine angepasste leichte bis allfällig mittelschwere körperliche Tätigkeit, in welcher die Möglichkeit zu Wechselbelastung (Sitzen, Stehen und Gehen) besteht und welche Heben von Gewichten bis max. 10kg erforderlich ist, zu 100 % möglich ist, ist durchaus schlüssig und überzeugend.

Was die Hüftoperation vom 12. Februar 2016 (AB 87 S. 2 f.) bzw. deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, ist es durchaus nachvollziehbar, dass es zu einer – zumindest vorübergehenden – Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach dem Eingriff gekommen ist, wie dies der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde geltend macht (S. 10 Ziff. 5). Mit der RAD-Ärztin med. pract. M. _____ ist aber auch davon auszugehen, dass bei einem unkomplizierten postoperativen Verlauf der

Hüft-Operation drei Monate nach dem Operationsdatum wiederum das im Gutachten vom 17. September 2015 von Dr. med. J._____ definierte Zumutbarkeitsprofil Anwendung finden kann. Dass eine länger dauernde Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, ist aus den vorliegenden Akten nicht ersichtlich (vgl. u.a. der Operationsbericht vom 15. Februar 2016 [AB 87 S. 2 f.]) und wurde im Übrigen während des vorliegenden Verfahrens weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht noch wurden entsprechende medizinische Berichte zu den Akten gereicht.

Dass bis zum Verfügungszeitpunkt im Februar 2016 eine längerdauernde und über den üblichen postoperativen Heilungsprozess hinausgehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor. Eine solche allfällig längerdauernde Verschlechterung insbesondere im Zusammenhang mit der durchgeführten Operation wäre im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen.

In somatischer Hinsicht ist deshalb auf die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters Dr. med. J._____ in seinem Teilgutachten vom 17. September 2015 abzustellen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (in einem temperierten Raum, beschränkt auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln und die Rückenergonomie einzuhalten) auszugehen (AB 86.3 S. 15).

3.4 Zusammenfassend ist daher grundsätzlich das von den Dres. med. I._____ und J._____ in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 17. September 2015 (AB 68.2) festgestellte Zumutbarkeitsprofil massgebend, wobei jedoch der vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten Erschöpfungsdepression kein invalidisierender Charakter zugesprochen werden kann (vgl. E. 3.3.2 vorstehend). Es ist damit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer in einer angepassten, d.h. leicht bis maximal mittelgradig körperlich belastenden Tätigkeit in einem temperierten Raum (Raumluft) und bei welcher die Möglichkeit besteht, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln und die Rückenergonomie eingehalten werden kann, eine vollständige Arbeitsfähigkeit zumutbar ist und war.

4.

4.1 Auf der Grundlage des festgestellten Zumutbarkeitsprofils (E. 3.4 vorstehend) ist der IV-Grad anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

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).

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).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

Unter Berücksichtigung des Wartejahres (medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2013 [AB 68.1 S. 10]) und der Anmeldung im Januar 2014 (AB 1) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf August 2014 festzusetzen. Der Einkommensvergleich ist deshalb grundsätzlich auf diesen Zeitpunkt hin durchzuführen.

4.3 Der Beschwerdeführer war seit dem 1. September 2011 als ... bei der N. _____ AG angestellt (AB 8). Diese angestammte Tätigkeit hat er aus gesundheitlichen Gründen verloren. Es ist anzunehmen, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin in dieser angestammten Anstellung in unverändertem Umfang tätig wäre. Das Valideneinkommen ist deshalb aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzusetzen (E. 4.1.1 vorstehend). Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 4. Februar 2014 (AB 8) hätte der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im hier massgebenden Jahr 2014 Fr. 68'705.– verdient (S. 4 Ziff. 2.11).

4.4 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, hat sich die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens zulässigerweise auf die statistischen Werte der LSE gestützt (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Dabei ist grundsätzlich auf den Totalwert der Tabelle TA1 abzustellen. Ausgehend von der LSE 2012, aufindexiert auf das Jahr 2014 und angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit, resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 66'138.40 (Fr. 5'210.– [BFS, LSE 2012, TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1] x 12 Monate / 101.7 x 103.2 [BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2012: 101.7 Punkte bzw. 2014: 103.2 Punkte] / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Total, 2014]).

Die Bemessung des Invalideneinkommens der Beschwerdegegnerin ist jedoch insofern zu korrigieren, als den Umständen im konkreten Fall (bisherige Schwerarbeit [Überkopfarbeit], nunmehr nur noch leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten gemäss dem Anforderungsprofil des rheumatologischen Gutachters [AB 68.3 S. 15]) Rechnung zu tragen und dem Beschwerdeführer ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu ge-

währen ist (vgl. E. 4.1.2 vorstehend). Damit beträgt das hypothetische Invalideneinkommen des Beschwerdeführers Fr. 59'524.55 (Fr. 66'138.40 x 0.9).

4.5 Bei der Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 68'705.– und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 59'524.55 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 9'180.45 was einem IV-Grad von gerundet 13 % entspricht ($(\text{Fr. } 68'705.- / \text{Fr. } 59'524.55) / \text{Fr. } 68'705.- \times 100$; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 29. Februar 2016 (AB 89) als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

6.

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

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung 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:

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.