

200 16 506 IV
KOJ/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. November 2016

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. April 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2010 infolge Krankheit (ohne genauere Angaben) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese veranlasste erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 4 ff.), denen zufolge der Versicherte an Impingementsyndromen der Schultern leidet (vgl. AB 12/6 ff., 16, 20/3), sowie eine Abklärung D._____ in der C._____ vom 11. Oktober bis 5. November 2010 (Abklärungsbericht D._____ vom 21. Dezember 2010 [AB 39/2 ff.]); Arbeitstrainings im Anschluss an die D._____ wurden wegen Schmerzen in der linken Schulter (Schlussbericht vom 23. Dezember 2010 [AB 38]; vgl. auch AB 42) bzw. wegen ausschliesslich einhändiger Verrichtung der Arbeiten (nach erfolgter Operation [AB 44, 50/2]; Schlussbericht vom 6. Dezember 2011 [AB 56]) abgebrochen. Mit unbestritten gebliebener Mitteilung vom 4. Januar 2012 wies die IVB das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen ab (AB 59). Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 67) und Einholung weiterer Arztberichte (AB 68 ff.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 6. November 2013 eine befristete Rente (ganze Rente ab 1. Dezember 2010, halbe Rente ab 1. Dezember 2011, keine Rente ab 1. August 2012) in Aussicht (AB 74). Auf Einwand hin (AB 75, 78) und nach Eingang weiterer Arztberichte (AB 81 ff.) liess die IVB den Versicherten auf Empfehlung des RAD (AB 92/5 ff.) bidisziplinär (psychiatrisch und orthopädisch) begutachten (Gutachten vom 20. November 2014 [AB 118.1]). Mit zweitem Vorbescheid vom 31. Dezember 2014 stellte die IVB eine befristete ganze Rente vom 1. Dezember 2010 bis 31. Januar 2012 in Aussicht (AB 122). Auf Einwand (AB 125, 128 f.) und Empfehlung des RAD (AB 132) hin ersuchte die IVB die Gutachterstelle um Stellungnahme und Beantwortung von Zusatzfragen; dem kam diese mit Bericht vom 30. Oktober 2015 (AB 139) nach. Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (AB 143 f.) verfügte die IVB am 26. April 2016 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 146).

B.

Hiergegen liess der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 21. Mai 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei bezüglich der Feststellung, dass der Invaliditätsgrad ab dem 30. November 2011 35 % betrage, aufzuheben und es sei vom Gericht ein medizinisches Gutachten bezüglich der psychiatrischen/rheumatologischen Erkrankung und daraus ableitend bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzuordnen, eventualiter sei der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ab dem 1. Februar 2012 auf mindestens 40 % anzusetzen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. In der Begründung beanstandete der Beschwerdeführer im Wesentlichen, dass das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende medizinische Gutachten nicht im Sinne eines strukturierten Beweisverfahrens, welches sich nach klar definierten Indikatoren zu orientieren habe (nach Massgabe von BGE 141 V 281), erstellt worden sei (S. 3 Art. 2). Die Beschwerdegegnerin habe sich weiter ungenügend mit abweichenden Diagnosen und Beurteilungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auseinandergesetzt (S. 4 ff. Art. 3 ff.). Schliesslich müsse der leidensbedingte Abzug bei der Berechnung des Invalideneinkommens mindestens 20 % betragen (S. 6 f. Art. 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin 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 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 26. April 2016 betreffend die rückwirkende Zusprache einer ganzen Rente vom 1. Dezember 2010 bis 31. Januar 2012 (AB 146). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend über den Antrag in der Beschwerde hinaus nicht nur der Zeitraum ab 30. November 2011 zu prüfen, sondern die ganze hier für eine Rentenzusprache in Frage kommende Zeit und damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers an sich.

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

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

2.1.2 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (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).

Psychoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und

das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.2

2.2.1 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). Damit aber das bisherige Regel/Ausnahme-Modell überhaupt durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt wird, bedarf es zunächst des Nachweises der Gesundheitsbeeinträchtigung: Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor,

soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.2.2 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309)

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Am 11. September 2009 wurde beim Beschwerdeführer im Spital E._____ an der rechten Schulter bei einem Impingementsyndrom Grad II (bursalseitig Partialruptur der SS-Sehne) ein SAS, eine RM-Refixation und eine Acromioplastik durchgeführt (Operationsbericht des E._____ vom 14. September 2009 [AB 12/9 f.]). Die Ärzte des Spitals E._____ attestierten ab dem Operationstag für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % (AB 12/2 ff., 13/5, 16, 18, 20, 31) und erachteten den Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit (Tragen von Gewichten bis 15 kg am Körper) ohne Beanspruchung der Arme Überkopf (mit oder ohne Belastung) und ohne repetitive Bewegung auf Brusthöhe ganztags zu 100 % leistungsfähig (AB 20/1).

3.1.2 Gemäss Untersuchungsberichten von PD Dr. med. F._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 25. August (AB 21), 12. November, 1. Dezember und 17. Dezember 2010 (AB 42) liegen nebst dem Zustand nach SAS, Acromioplastik und SS-Refixation der rechten Schulter (vgl. E. 3.1.1 hier-vor) auch an der linken Schulter ein Impingementsyndrom und eine AC-Arthropathie vor. Nach Ansicht der Ärztin würde sich die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mittels Operation steigern lassen (AB 42/3). Am 15. Februar 2011 erfolgte eine offene Rotatorenmanschettenrefixation, Bicepstenodese und AC-Gelenksresektion (AB 44; vgl. AB 50/2). Ab 7. Dezember 2010 wurde der Beschwerdeführer zu 100 % und ab 26. August 2011 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (AB 42/3, 50/2, 51).

3.1.3 Dem eben Ausgeführten entsprechend hatte der Beschwerdeführer noch im Rahmen der D._____ vom 11. Oktober bis 5. November 2010 keine Absenzen aufzuweisen und konnte das ganztägige Pensum, wenn auch schmerzbedingt verlangsamt, bewältigen (AB 39/2 ff.). Bei Eintritt in die D._____ übernahm der RAD-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, das schon vorgängig formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 67/3 i.V.m. AB 20/1). Im Abklärungsbericht D._____ vom 21. Dezember 2010 (AB 39/2 ff.) erachtete er dann die angestammte Tätigkeit als ... als nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer habe vorwiegend gegen Abend über Beschwerden in beiden Schultern mit Ausstrahlung in den Na-

ckenbereich geklagt. Die durchschnittliche Leistung habe bei 65 % gelegen. Diese Leistungsminderung sei medizinisch in diesem Ausmass nicht erklärbar; mit der bekannten Schulterproblematik sollte eine Leistung von zirka 80 % möglich sein. Im Rahmen einer wechselnd belastenden leichten bis mittelschweren Tätigkeit unter Vermeidung von Überkopfarbeiten sei immerhin ein volles Pensum möglich, wobei eine Leistungsminderung von 20 % nachvollziehbar sei (AB 39/8f.).

Ein an die D._____ anschliessendes Arbeitstraining wurde abgebrochen, nachdem der Beschwerdeführer nach acht Arbeitstagen eine ärztliche Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (AB 37) beigebracht hatte (AB 38). Auch ein weiteres Arbeitstraining ab 20. September 2011 wurde per 6. November 2011 abgebrochen, da der Beschwerdeführer fast nur einhändig arbeitete und unter diesen Umständen eine Eingliederungsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben war (AB 56).

3.1.4 Mit Bericht vom 11. April 2012 erachtete PD Dr. med. F._____ bei den bekannten Diagnosen (AB 68/6 Ziff. 1.1; vgl. E. 3.1.2 hiervor) und unter Verneinung von geistigen oder psychischen Einschränkungen (AB 68/7 Ziff. 1.7) eine leichte Tätigkeit, bei der das Sitzen, Stehen und Gehen abwechslungsweise stattfinden können, ganztags zu 100 % als zumutbar, dies aber infolge Arbeitsdeconditionierung erst nach einer minimalen sechsmonatigen Einarbeitungsphase (AB 68/8 Ziff. 1.11).

3.1.5 Mit Berichten vom 3. Dezember 2013, 13. Januar und 19. Februar 2014 diagnostizierten die Ärzte und Psychologen des Psychiatrischen Dienstes des E._____ nebst einem Status nach Schulteroperationen beidseits eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), bestehend seit ca. zwei Jahren (AB 81/1 Ziff. 1.1, 85/7 Ziff. 1, 85/16). Der Beschwerdeführer leide seit dem Arbeitsverlust im Jahr 2011 unter erhöhter psychosozialer Belastung und somatischen Beschwerden; in der Folge habe sich eine schwere depressive Symptomatik entwickelt (AB 81/1 f. Ziff. 1.4, 85/7 Ziff. 2, 85/16). Die psychischen Einschränkungen seien schwerwiegend. Es bestehe eine depressive Symptomatik mit bedrückter Grundstimmung, Gefühlen von Sinnlosigkeit, Verzweiflung, Aussichtslosigkeit. Es bestünden auch Grübelzwang, Schlafstörungen und sozialer Rückzug (AB 81/1 f. Ziff. 1.4 und 1.7). Der Beschwerdeführer sei in kargem, bil-

dungsfernem Umfeld aufgewachsen und sei früh in die Schweiz emigriert, wo er sich aufgrund seines Fleisses eine Existenz habe aufbauen können. Sein Selbstwertgefühl habe bisher auf seiner offenbar sehr guten Arbeitsleistung basiert. Durch seine sich seit 2008 hinziehenden somatischen Beschwerden sei das gesamte Lebensgefüge und Selbstverständnis erschüttert worden. Die psychische Beeinträchtigung sei ausgeprägt und hartnäckig. Mit einer deutlichen Verbesserung der psychischen Situation sei nur zu rechnen, wenn sich auch die Schulterproblematik verbessere. Die Gefahr einer Chronifizierung der psychischen Störung sei gross (AB 81/2 Ziff. 1.4).

3.1.6 Gemäss Sprechstundenberichten der Klinik H. _____ des Spitals E. _____ von Januar 2014 (AB 82 f., 85/14) lägen bei Status nach rekonstruierter Rotatorenmanschette auf der betroffenen Seite links (2011) offensichtlich rezidivierende Tendinopathien bei Impingement-Konstellationen vor. Eine operative Behandlungsoption sei hier nicht gegeben (AB 82). Angaben des Beschwerdeführers zufolge sei er nach der Operation nie beschwerdefrei gewesen, die Beweglichkeit sei weiterhin eingeschränkt (AB 85/14 Mitte). Am 30. Januar 2014 sei eine subacromiale Infiltration durchgeführt worden (AB 83), doch habe sich kein Therapieerfolg gezeigt (Verlaufsbericht vom 20. März 2014 [AB 87/2]). Der leitende Arzt attestierte zunächst unter Hinweis, dass offensichtlich der Hausarzt eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, keine Arbeitsunfähigkeit (AB 82/3, 83/1); mit Verlaufsbericht vom 20. März 2014 verneinte er dann eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als ... (AB 87/3; vgl. auch AB 88/4).

3.1.7 Der Hausarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, übernahm im Bericht vom 27. Februar 2014 die bekannten Diagnosen wie folgt: Status nach Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter mit diversen Operationen, Status nach Schulteroperation rechts und depressive Episoden (AB 85/2 Ziff. 1.1). Aufgrund dessen bestehe seit 1. August 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit als ... (AB 85/3 Ziff. 1.6). Wenn die psychosoziale Situation (aufgrund psychosozialer Isolation) stabilisiert sei und die Funktionseinschränkung der linken Schulter noch verbessert werden könne, sei eine leichte Arbeit durchaus möglich (AB 85/4

Ziff. 1.8). Das konkretisierte er im Schreiben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dahingehend, dass eine Arbeit mit keinerlei Belastung des linken Arms in wechselnder Position ganztags in einer Leistung von 25 bis 50 % denkbar wäre, wenn die psychisch-soziale Situation stabilisiert werden könne (AB 86/2).

Mit Verlaufsbericht vom 17. Juli 2014 machte der Hausarzt unter Verweis auf eine austerapierte Tendinopathie der Rotatorenmanschette links und eine zunehmende Depression eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 96/1 f. Ziff. 1 ff.) und bestätigte die volle Arbeitsunfähigkeit (AB 96/2 Ziff. 5).

3.1.8 Der psychiatrische Dienst des Spitals E._____ ging mit Berichten vom 29. Juli und 14. August 2014 von einem stationären Gesundheitszustand mit chronifizierendem Verlauf aus (AB 100/1). Als ... sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (AB 100/2). Es bestünden körperliche Einschränkungen, die indessen vom Somatiker zu beurteilen seien. Durch die psychische Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit sowie Belastbarkeit des Beschwerdeführers stark reduziert. Es sei davon auszugehen, dass eine den Einschränkungen angepasste Beschäftigung einen positiven Effekt auf die Symptomatik haben könnte; aus psychiatrischer Sicht wäre eine Beschäftigung in angemessenem Umfang angezeigt. Es stünden aber die körperlichen Einschränkungen im Vordergrund (AB 100/3, 107/2).

3.1.9 Dr. med. J._____, Facharzt für Anästhesiologie FMH am Spital E._____, diagnostizierte im undatierten, am 24. September 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine Fibromyalgie mit generalisierter Hyperalgesie (ICD-10: M79) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F45) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Rotatorenmanschettenrefixation links 2011 und rechts 2009 (AB 113/2 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei körperlich absolut nicht belastungsfähig; die Schulterbeweglichkeit sei beidseits massiv eingeschränkt und extrem schmerzhaft. Die Arbeit als ... sei nicht mehr ausführbar; es bestehe seit Behandlungsbeginn (April 2014) und auch in den nächsten Monaten eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 113/3 f. Ziff. 1.6 f., 113/6).

3.1.10 Im bidisziplinären (psychiatrischen und orthopädischen) Gutachten der K._____ GmbH vom 20. November 2014 diagnostizierten die Gutachter was folgt (AB 118.1/28):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- M79.61 Chronische Schulterschmerzen links, anamnestisch weitgehend von äusseren Einflüssen unabhängig
- Mögliche residuelle Komponenten einer strukturell bedingten Bewegungseinschränkung im Sinne einer chronischen Kapselschrumpfung (M75.0)
 - Mögliches subakromiales Rest-Impingement (M75.4)
 - Status nach offener Rekonstruktion der Supraspinatussehne und Resektion des AC-Gelenks sowie subakromialer Dekompression 2011 (Z98.8)
 - Deutliche Zeichen einer nichtorganisch getriggerten Überlagerung mit wahrscheinlich unwillkürlicher Symptomausweitung und Selbstlimitation im Rahmen von F45.41
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und leichtem affektivem Begleitsyndrom

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- F33.4 Aktenanamnestische Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert
- M79.61 Anamnestisch chronisch intermittierende Schulterschmerzen rechts
- Status nach Arthroskopie mit Refixation der Supraspinatussehne und subakromialer Dekompression am 11. September 2009 (Z98.8)
 - In abgelenkter Situation aktuell weitestgehend unauffälliger Befund
- Z98.8 Anamnestisch Status nach Arthroskopie mit partieller (medialer?) Teilmeniskektomie Knie rechts etwa 2002 ohne nähere diesbezügliche Angaben
- Aktuell unauffälliger Befund bei anamnestisch jahrelanger Beschwerdefreiheit
- Z56 Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit, ökonomischen Verhältnissen und Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung.

Dem orthopädischen Gutachter, Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zufolge ergäben sich zwar Hinweise auf gewisse Einschränkungen an der linken Schulter, doch erreichten diese bei weitem nicht das Ausmass, wie es vom Beschwerdeführer geltend gemacht werde. Eine weitgehende Funktionslosigkeit des linken Armes lasse sich jedenfalls durch objektivierbare pathologische Befunde am Bewegungsapparat nicht ausreichend begründen. Entsprechend würden hierbei nichtorganische Faktoren sehr wahrscheinlich eine wesentliche Rolle spielen. Dabei solle dem Beschwerdeführer nicht unterstellt werden, dass es sich um eine bewusstseinsnahe Täuschung handle. Vielmehr scheine er sich über die Jahre in der Absicht einer Schmerzlinderung unphysiologische Bewegungsmuster angewöhnt zu haben, die de facto aber zu einer Schmerzzunahme führten. Sobald er

aber die Bewegungen des linken Armes in korrekter Weise durchführe, gelangen sie wesentlich besser, ohne dass es dabei zu einer erkennbaren Schmerzprovokation komme (AB 118.1/22).

Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, weist einleitend darauf hin, dass der Beschwerdeführer eigenanamnestisch eine klare Besserung des psychischen Befindens seit dem teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik von Dezember 2013 bis Februar 2014 angegeben habe (AB 118.1/23). Unter Berücksichtigung des aktuellen psychopathologischen Befundes und der anamnestischen Angaben lasse sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigen bzw. diese sei remittiert, da die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode aktuell nicht erfüllt seien. Psychopathologisch hätten insgesamt leichte affektive Veränderungen im Sinne einer subdepressiven oder dysthymen Befindlichkeit erhoben werden können. Die aktuell leichtgradige depressive Befindlichkeitsstörung sei einerseits eng assoziiert mit der Schmerzproblematik und andererseits auch mit der veränderten Lebenssituation nach krankheitsbedingter Kündigung der letzten Arbeitsstelle. Differentialdiagnostisch könnte auch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion erwogen werden. Seitens des Schmerztherapeuten Dr. med. J._____ sei eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung angesprochen worden (vgl. E. 3.1.9 hier-vor). Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung lasse sich das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung bestätigen. Es sei davon auszugehen, dass es beim Beschwerdeführer seit ca. 2010 oder 2011 zu einer erheblichen Symptomausweitung mit funktioneller Überlagerung des organischen Kerns im Sinne einer psychischen Fehlverarbeitung der ursprünglich somatisch bedingten Schulterbeschwerden gekommen sei. Dem Beschwerdeführer sei eine adäquate bzw. funktionale Bewältigung der veränderten Lebenssituation nicht gelungen. Stattdessen sei es zu der psychischen Fehlverarbeitung mit erheblicher Fixierung des Beschwerdeführers auf seine subjektiven Überzeugungen und auf die Krankenrolle gekommen. Im Rahmen der Abklärung hätten keine Verdachtsmomente dafür bestanden, dass es sich bei der Beschwerdepräsentation durch den Beschwerdeführer und der gezeigten Fehlhaltung des Rumpfes und der rech-

ten Schulter um ein aggravatorisches Verhalten oder gar um Vortäuschung nicht vorhandener Einschränkungen handeln würde, vielmehr sei der Eindruck eines zwar bewusstseinsnahen, nicht jedoch eines bloss aufgesetzten Verhaltens entstanden. Insgesamt sei von einer eher leichten Form der somatoformen Störung auszugehen, es fehlten Hinweise auf einen wesentlichen primären Krankheitsgewinn im Sinne einer missglückten Konfliktlösung eines bewusstseinsfernen innerseelischen Konflikts, es fehlten Hinweise auf eine vorbestehende psychische Vulnerabilität und es fehle eine schwere psychiatrische Komorbidität und/oder einer schwere körperliche Begleiterkrankung. Auf der anderen Seite seien vorwiegend Elemente des sekundären Krankheitsgewinns zu erkennen bei einem mehrheitlich bewusstseinsnahen oder zumindest dem Bewusstsein gut zugänglichen Charakter der psychischen Anteile der Schmerzstörung. Diese sprächen zusammen mit guten intellektuellen Ressourcen grundsätzlich für die Fähigkeit einer willentlichen Überwindbarkeit der nicht förderlichen dysfunktionalen Schonverhaltensweisen und auch zur Fähigkeit einer Distanzierung von der jetzt eingenommenen Invalidenrolle. Aufgrund der hier diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit affektivem Begleitsyndrom liessen sich von psychiatrischer Seite keine höhergradigen Einschränkungen der psychischen Funktionen begründen. Wenn qualitative Leistungsminderungen bei beruflichen Tätigkeiten zu erwarten seien, dann eher aufgrund anderer Einflussfaktoren, nämlich aufgrund von Selbstlimitierung beim Einsatz der linken Schulter. Eine Diskrepanz zwischen einem medizinisch-theoretisch an sich möglichen/zumutbaren Leistungsprofil und den tatsächlich gezeigten Leistungen lasse sich im Falle des Beschwerdeführers erkennen (AB 118.1/23 ff.).

Auf der körperlichen Ebene bestünden aus orthopädischer Sicht derzeit Einschränkungen von Seiten der linken Schulter, dass deren Hebe- und Traglimite auf 5 kg limitiert sei und lediglich Bewegungen unterhalb von 60° Flexion und Abduktion sowie vor der Körperebene durchgeführt werden könnten. Auf der psychisch-geistigen Ebene seien im Rahmen der chronischen somatoformen Schmerzstörung nur geringe Einschränkungen zu begründen. Die erwähnten Einschränkungen seien mit der zuletzt während Jahren ausgeübten Tätigkeit als ... kaum kompatibel, sodass hier derzeit und wahrscheinlich bleibend aufgrund der Beeinträchtigungen auf orthopä-

dischem Gebiet eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer sei am 11. September 2009 an der rechten Schulter operiert worden, nachdem er bereits zuvor unter Beschwerden daselbst gelitten habe. Seit diesem Zeitpunkt bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... eine stark eingeschränkte, spätestens seit Januar 2011 vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv wären dem Beschwerdeführer adaptierte Tätigkeiten im Anschluss an die erwähnte Operation der rechten Schulter nach Ablauf von spätestens sechs Monaten wieder möglich gewesen. Mit dem Eingriff an der linken Schulter im Januar 2011 sei es erneut zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten gekommen. Trotz des beschriebenen protrahierten Verlaufs sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer nach spätestens neun Monaten eine Tätigkeit gemäss dem beschriebenen Belastungsprofil wieder möglich gewesen wäre. Sowohl orthopädisch wie auch psychiatrisch könnten medizinische Massnahmen Verbesserungen bringen, jedoch wäre auch so keine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit zu erwarten. Medizinische Massnahmen auf psychiatrischem/psychologischem Gebiet könnten aber zu einer Verbesserung hinsichtlich dysfunktionaler Schon- und Meideverhaltensweisen führen und damit auch zu einer Abnahme selbstlimitierender Verhaltensweisen. Für Aktivitäten, wo eine Hebe- und Traglimite links von 5 kg nicht überschritten werde und lediglich Bewegungen der Schulter unterhalb von 60° Flexion/Abduktion und vor der Körperebene durchgeführt werden müssen, bestünden keine wesentlichen Einschränkungen. Dies gelte auch für entsprechend adaptierte berufliche Tätigkeiten. Bei grosszügiger Einschätzung könne aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht eine Leistungseinbusse von 20 % aufgrund eines schmerzbedingt etwas erhöhten Pausenbedarfs zur Erholung sowie aufgrund eines schmerzbedingt und durch vermehrte gedanklich-emotionale Fokussierung auf die Schmerzen leicht verminderten Rendements (v.a. bezüglich Arbeitstempo) attestiert werden (AB 118.1/28 ff.).

3.1.11 Mit Bericht vom 29. Januar 2015 stimmte der leitende Arzt der Klinik H. _____ des Spitals E. _____, Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, entsprechend der ausführlichen Beurteilung auch im Gesamtkontext mit der psychiatrischen Untersuchung der gutachterlichen Einschätzung

(vgl. E. 3.1.10 hiervor) zu, doch bezweifelte er, dass in Bezug auf die linke Schulter das Heben von Lasten im gutachterlich festgestellten Bewegungsausmass möglich sei (AB 127).

3.1.12 Mit Bericht vom 6. Februar 2015 teilte der psychiatrische Dienst des Spitals E._____ die Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin (vgl. E. 3.1.10 hiervor) mit Ausnahme der depressiven Symptomatik, welche sich im Verlauf persistierend gezeigt habe. Im August/September 2014 habe sich erstmals eine Phase einer leichten Zustandsverbesserung gezeigt, jedoch nicht in dem Masse, dass von einer Remission der depressiven Symptomatik gesprochen werden könne (AB 128/3 f.).

3.1.13 Auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, wurden den Gutachtern Verständnisfragen vorgelegt (AB 132/5 ff.), welche hierzu am 30. Oktober 2015 wie folgt Stellung nahmen (AB 139): Bei der Begutachtung seien mit Blick auf die vorbefundliche Verdachtsdiagnose einer Fibromyalgie keine Hinweise auf eine weichteilrheumatische Problematik zu finden gewesen. Aus der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ergebe sich bei interdisziplinärer Betrachtung keine Konstellation, die eine Leistungseinschränkung bedinge. Mit dieser Diagnose sei von einer eher leichten Form der somatoformen Störung auszugehen, zudem bestehe bei Feststellung einer lediglich leichtgradigen depressiven Befindlichkeitsstörung, die eng mit der Schmerzproblematik assoziiert sei, keine schwere psychiatrische Komorbidität. An der Herleitung der von den psychiatrischen Diensten des Spitals E._____ gestellten Diagnose einer eigenständigen, mittelgradigen depressiven Episode seien im Rahmen der gutachterlichen Besprechung Zweifel aufgetreten, zumal aus dem Bericht des Erstgesprächs (vgl. E. 3.1.5 hiervor) weder die typische Symptomkonstellation eines depressiven Syndroms im Rahmen einer Major Depression geschildert noch ein psychopathologischer Befund dokumentiert worden sei, der einer mittelgradigen depressiven Episode entsprechen würde. Eine zusätzliche rheumatologische Begutachtung sei weder notwendig noch sinnvoll, da sich im Rahmen der orthopädisch-psychiatrischen Begutachtung keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ergeben hätten. Die von Dr. med.

J._____ erhobene Verdachtsdiagnose einer Fibromyalgie mit generalisierter Hyperalgesie (vgl. E. 3.1.9 hiervor) entspreche letztlich einer rein deskriptiven Diagnose bei Angabe generalisierter, organisch nicht erklärbarer Schmerzen und Erhebung von Druckdolenzen an den so genannten Fibromyalgie-Punkten in der körperlichen Untersuchung. Die Fibromyalgie stelle letztlich kein rheumatisches Leiden dar, sondern sei von psychiatrischer Seite zu beurteilen.

3.1.14 Mit Berichten vom 15. Januar und 19. Mai 2016 verneinte der psychiatrische Dienst des Spitals E._____ angesichts der anhaltenden klinischen Befunde und der nach wie vor vorhandenen Symptomatik eine Remission der mittelgradigen depressiven Episoden im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Beim Beschwerdeführer liege mit der chronifizierten rezidivierenden Störung ein eigenständiges Krankheitsgeschehen vor im Sinne einer erheblichen leistungslimitierenden psychiatrischen Komorbidität. Dieser zufolge könne er das somatisch begründete Schmerzsyndrom der linken Schulter nicht durch die erforderliche Willensanstrengung überwinden (AB 144/2 ff., 147/20 f.).

3.2

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

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Das bidisziplinäre Gutachten der K._____ vom 20. November 2014 (AB 118.1; vgl. E. 3.1.10 hiervor) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind ohne weiteres mit den übrigen Akten vereinbar, wonach neben somatisch begründeten Schulterbeschwerden eine psychische Problematik betreffend der Schmerzverarbeitung mit depressiver Tendenz besteht, welche indessen mit erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren korreliert (vgl. insbesondere AB 39/8, 67/3, 68/8, 81/6). Der Orthopäde Dr. med. N._____ kann der gutachterlichen Einschätzung im Gesamtkontext mit der psychiatrischen Untersuchung zustimmen (AB 127); soweit er das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil in Frage stellt, handelt es sich um bloss vermutungsweise geäusserte Zweifel seinerseits, die nicht genügen, um dem vom Gutachter mit nachvollziehbarer Begründung erstellten Zumutbarkeitsprofil die Beweiskraft abzuspochen.

3.4 Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor (Beschwerde, S. 3 Art. 2), die angefochtene Verfügung vom 26. April 2016 (AB 146) basiere auf dem knapp 17 Monate alten medizinischen Gutachten vom 20. November 2014 (AB 118.1). Damit vermag er nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, beschlägt das Gutachten doch den vorliegend relevanten Zeitraum. Zudem macht er seinerseits keine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend, sondern beruft sich lediglich auf eine unterschiedliche Beurteilung des an sich unverändert gebliebenen Sachverhalts. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutach-

tungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es 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). Das trifft vorliegend nicht zu.

3.5 Der Beschwerdeführer weist zurecht darauf hin, dass vorliegend das bidisziplinäre Gutachten vom 20. November 2014 (AB 118.1) vor dem vom 3. Juni 2015 datierenden BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2 hiervor) erging, weshalb die damit einhergehende Präzisierung und Änderung der Rechtsprechung hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden im Rahmen des Gutachtensauftrags auch nicht berücksichtigt werden konnte (Beschwerde, S. 3 Art. 2).

In diesem Zusammenhang ist in rechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass im Gutachten (AB 118.1) die Diagnose einer chronischen somatoformen Schmerzstörung zwar unter denjenigen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wird (S. 28), diese jedoch nur geringe Einschränkungen zu begründen vermag (S. 29). Das wird in der ergänzenden Stellungnahme vom 30. Oktober 2015 ausdrücklich bestätigt mit der Aussage, dass sich aus der entsprechenden Diagnose keine Konstellation ergibt, die eine Leistungseinschränkung bedingt (AB 139/2). Weiter stellen die Gutachter auch eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers fest, indem vorhandene Ressourcen nicht umgesetzt werden und er sein Leistungspotenzial nicht so ausschöpft, wie es aufgrund objektiver Befunde zu erwarten und möglich wäre (S. 27, 29). Ein aggravatorisches Verhalten wird zwar verneint, doch gehen die Gutachter andererseits von einem "mehrheitlich bewusstseinsnahen Geschehen" aus (S. 26). Ob unter diesen Umständen ein Ausschlussgrund im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. (vgl. E. 2.2.1 hiervor) vorliegt und das psychische Geschehen schon damit als nicht invalidisierend zu qualifizieren ist, kann offen bleiben: Da dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gemäss den Gutachtern

nur sehr gering sind, ist das von ihnen in fachärztlichem Ermessen glaubhaft definierte, weitestgehend im Hinblick auf die somatisch bedingten Einschränkungen festgesetzte Zumutbarkeitsprofil, das auf den vorgängig formulierten Zumutbarkeitsprofilen (vgl. E. 3.1.1, 3.1.3 und 3.1.4 hiervor) aufbaut und zusätzlich die Schulterbeschwerden links wie auch die stattgehabten Operationen berücksichtigt, vom Gericht so oder anders – mithin auch bei entsprechenden Annahmen zugunsten des Beschwerdeführers – nicht zu beanstanden. Damit erübrigt sich eine Prüfung der einzelnen Indikatoren im Sinne von BGE 141 V 281.

3.6 Nach Ansicht der Gutachter ist die vom psychiatrischen Dienst des Spitals E._____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung in Form mittelgradiger depressiver Episoden (AB 81/1 Ziff. 1.1, 85/7 Ziff. 1, 85/16, 100/1) – soweit überhaupt je bestehend – remittiert, was der Beschwerdeführer unter Verweis auf aktuelle Berichte des psychiatrischen Dienstes des Spitals E._____ (AB 128/3 f., 144/2 ff., 147/20 f.) bestreitet (Beschwerde, S. 4 f. Art. 3). Tatsächlich hat aber der Beschwerdeführer selber im Rahmen der Begutachtung eine klare Besserung des psychischen Befindens seit dem teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik von Dezember 2013 bis Februar 2014 geltend gemacht (AB 118.1/23). Jedenfalls sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression – auch wenn vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert – im Zusammenhang mit unklaren syndromalen Beschwerdebildern regelmässig nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juni 2014, 8C_195/2014, E. 4.4). Selbst eine fortbestehende rezidivierende depressive Störung mittelschwerer Episode wäre daher mit Blick auf das gesamte Beschwerdebild nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden zu qualifizieren. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angehbar (Entscheid des BGer vom 4. März 2014, 8C_759/2013, E. 3.6.1). Schliesslich wird in den Berichten des psychiatrischen Dienstes des Spitals E._____ fachärztlich wie auch von den involvierten Psychologen wiederholt auf die zugrunde liegende psychosoziale

Belastungssituation hingewiesen (so AB 85/7 und 147/20). Auch der Hausarzt Dr. med. I. _____ macht das Zumutbarkeitsprofil von der psychisch-sozialen Situation abhängig (AB 85/4, 86/2). Dabei handelt es sich indessen um invaliditätsfremde, vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtliche Gesichtspunkte (vgl. E. 2.1.2 hiervor).

3.7 Soweit Dr. med. J. _____ im September 2014 eine Fibromyalgie erwähnte (AB 113/2 Ziff. 1.1), handelt es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose; diese wird durch die übrigen Akten nicht gestützt, weshalb – entgegen der Ansicht in der Beschwerde, S. 5 Art. 4 – nicht darauf abgestellt werden kann. Im Übrigen ginge es hierbei lediglich um eine allenfalls andere diagnostische Einordnung des Schmerzgeschehens (vgl. dazu bereits E. 3.5 hiervor).

3.8 Zusammenfassend ist vorliegend von dem von den Gutachtern in ihrem Gutachten vom 20. November 2014 (AB 118.1) formulierten Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Der Sachverhalt ist somit gestützt auf die vorliegenden Arztberichte hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde, S. 2 Ziff. I.1 – auf weitere Beweiserhebungen – insbesondere eine weitere Begutachtung – zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Aus dem Dargelegten folgt, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... ab 11. September 2009 eine stark eingeschränkte, spätestens seit Januar 2011 eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit besteht. Eine adaptierte Tätigkeit (Hebe- und Traglimite auf 5 kg limitiert und lediglich Bewegungen unterhalb von 60° Flexion und Abduktion sowie vor der Körperebene; AB 118.1/29 lit. B Ziff. 1) wäre ab Mitte März 2010 wieder möglich gewesen, dies mit einer Leistungseinbusse von 20 %. Mit dem Eingriff an der linken Schulter im Januar 2011 kam es erneut zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit; eine Tätigkeit gemäss dem beschriebenen Belastungsprofil wäre ab September 2011 wieder möglich gewesen (AB 118.1/29 f. lit. B Ziff. 6). Dabei kann bei grosszügiger Einschätzung aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht von einer Leistungseinbusse von 20 % ausgegangen werden (AB 118.1/31 lit. B Ziff. 14).

Auf dieser Basis ist mittels Einkommensvergleichs (vgl. E. 2.4 hiavor) der Invaliditätsgrad zu berechnen, wobei die jeweiligen Änderungen der Gesundheitsschäden resp. die damit verbundene unterschiedliche Arbeitsfähigkeit Revisionsgründe darstellen.

4.

4.1 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).

4.2 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Dabei gilt es 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 pflichtgemässen

Ermessens 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Die Eröffnung des Wartejahrs im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im September 2009 (vgl. AB 10/2, 18/1, 31) und die vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2010 (vgl. AB 42/3) mit der Folge eines Anspruchs auf eine ganze Rente sind zu Recht unbestritten. Die Annahme, wonach eine angepasste Tätigkeit spätestens im November 2011 zumutbar sei (vgl. AB 122/4 Mitte) und damit ein Revisionsgrund besteht, erscheint angesichts der gutachterlichen Einschätzung, dies sei ab September 2011 möglich (AB 118.1/30), eher grosszügig, ist jedoch durchaus vertretbar und vom Gericht daher nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt damit der Invaliditätsgrad ab November 2011.

4.4 Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden weiterhin am angestammten Arbeitsplatz tätig wäre, so dass das Valideneinkommen gestützt auf den letzten Lohn zu bestimmen ist. Dieser betrug gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitgebers im Jahr 2010 Fr. 67'405.-- (Fr. 5'185.-- x 13; AB 13/2 Ziff. 16). Aufindexiert auf das Jahr 2011 (Nominallohnindex Männer 2011-2015, Tabelle T1.1.10, Ziff. 41 - 43 [...]; Index Jahr 2010: 100 Punkte, Jahr 2011: 101 Punkte; vgl. www.bfs.admin.ch [BFS]) ergibt dies ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 68'079.--.

Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen aufgrund der Zahlen der LSE festzulegen. Unter Berücksichtigung der im Gutachten attestierten Leistungsminderung von 20 % ergibt sich ein hypothetischer Bruttojahreslohn von Fr. 49'539.70 (Fr. 4'901.-- [BFS, LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 {einfache und repetitive Tätigkeiten}, Männer, Total] x 12 Monate / 40 Wochenar-

beitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit [BUA], Total 2011] / 100 x 101 [BFS, Lohnentwicklung 2011, Tabelle T1.1.10, Nominallohnentwicklung Männer, Total, Index-Basis 2010 bzw. Index 2011] ./ 20 % Leistungseinschränkung). Unter zusätzlicher Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Abzuges (vgl. E. 4.2 hiervor) von 10 % (vgl. act. II 56/4), welcher insbesondere aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils nicht zu beanstanden und dem entsprechend – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers in der Beschwerde, S. 6 f. Art. 6 – auch nicht zu erhöhen ist, ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 44'585.75.

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'079.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 44'585.75 beträgt die Erwerbseinbusse Fr. 23'493.25. Dies entspricht einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von aufgerundet 35 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123).

4.5 Damit ist der Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung mit rentenausschliessendem IV-Grad im Ergebnis nicht zu beanstanden, ebenso nicht der Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechens. Die Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der darüber hinausgehende Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen; die Restanz von Fr. 200.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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