

200 16 689 IV  
KNB/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Januar 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecherin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Juni 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich im Februar 1987 bei einem Skiunfall eine mediale Schenkelhalsfraktur links zu. Gemäss der zu Händen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erfolgten kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 6. Juli 2007 entwickelte sich im weiteren Verlauf eine schwere Coxarthrose – welche am 6. Juli 2004 mittels einer prothetischen Versorgung des linken Hüftgelenks behandelt wurde (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 8 S. 6; 12 S. 55) –, eine sekundäre Fehlstatik der Wirbelsäule mit Beckenverwringung, S-förmiger Torsionsskoliose und Lumbovertebralsyndrom sowie eine mässige Periarthrosis humeroscapularis rechts nach Hüftentlastung bei beidseitigem Stockeinsatz über 20 Jahre (act. II 24 S. 4).

Ab März 1997 war der Versicherte im Rahmen eines kleinen Teilzeitpensums als Hauswart sowie ab Oktober 1998 im eigenen Atelier als .... tätig (act. II 10; 40 S. 7). In der vorgenannten kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 6. Juli 2007 wurde festgehalten, in Bezug auf die Tätigkeit als .... könne maximal noch von einer 50%igen Arbeitsleistung ausgegangen werden, welche nochmals vor dem Hintergrund der wegen der Hüft- und Rückenbeschwerden notwendigen wechselseitigen Belastung relativiert werden müsse (act. II 24 S. 6). Mit Verfügung vom 10. Oktober 2008 (act. II 45 S. 2 ff.) erhöhte die SUVA die seit 1992 ausgerichtete 15%ige ab Oktober 2008 auf eine 66%ige Invalidenrente; zudem sprach sie dem Versicherten eine auf einer Integritätseinbusse von 60% basierende Integritätsentschädigung zu.

Nachdem sich der Versicherte im Oktober 2005 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente angemeldet hatte (act. II 1 S. 1-8), sprach ihm die IVB – nachdem sie (unter Beizug der SUVA-Akten) medizinische und erwerbliche Abklärungen vorgenommen und insbesondere einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (act. II 28) eingeholt hatte – mit (unangefochten gebliebener) Verfügung

vom 4. Februar 2009 (act. II 51 S. 2 ff.) ab Juli 2005 eine auf einem Invaliditätsgrad von 64% basierende Dreiviertelsrente zu. Diese bestätigte die IVB revisionsweise mit Verfügung vom 18. Februar 2011 (act. II 63) bei einem IV-Grad von 63%, nachdem sie einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende eingeholt hatte (act. II 61 S. 2 ff.).

## **B.**

Im Oktober 2012 leitete die IVB von Amtes wegen eine neuerliche Rentenrevision ein, in deren Rahmen der Versicherte geltend machte, sein Gesundheitszustand habe sich wegen seit Mitte 2011 zusätzlich bestehender Schulterschmerzen beidseitig verschlechtert (act. II 64 S. 1). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen und holte medizinische Berichte ein, aus welchen u.a. hervorging, dass der Versicherte am 21. Juni 2012 an der linken Schulter sowie am 20. Dezember 2012 am Mittel- und Ringfinger der rechten Hand operiert worden war (act. II 68 S. 4; 71 S. 3; 74). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 75 S. 3) ordnete die IVB sodann eine Begutachtung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der MEDAS an (act. II 76). Daran hielt sie – nachdem der Versicherte Einwände sowohl gegen die begutachtenden Personen als auch gegen den Ort der Begutachtung sowie alternative Gutachternvorschläge (act. II 80) hatte vorbringen lassen – mit Zwischenverfügung vom 30. April 2013 (act. II 81) fest. Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 21. August 2013 (act. II 86) ab. Die gegen diesen Entscheid gerichtete Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 12. August 2014, 9C\_718/2013, soweit es darauf eintrat, ab (act. II 94).

In der Folge unterbreitete die IVB – nachdem sie zuerst an den bisherigen Gutachtern Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ festgehalten hatte (act. II 102 S. 1) – einen neuen Gutachternvorschlag (act. II 104), womit der Versicherte jedoch ebenfalls nicht einverstanden war bzw. seinerseits an

seinen früheren Gutachternvorschlägen festhielt (act. II 105). Nachdem die IVB beim RAD einen Bericht in Form einer Aktennotiz (act. II 106) eingeholt hatte, veranlasste sie mit Schreiben vom 19. Februar 2015 (act. II 107) die bidisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Begutachtung – wie ursprünglich vorgesehen – bei den Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ (Expertise vom 26. Juni 2015 [act. II 109.1 f.]). Ferner holte die IVB einen weiteren Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende ein (act. II 123 S. 2 ff.) und stellte anschliessend dem Versicherten, welcher das ... im Jahr 2013 liquidiert hatte (act. II 122.1), mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2015 (act. II 124) bei einem Invaliditätsgrad von 34% die Einstellung der Invalidenrente per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 128), woraufhin die IVB einen ärztlichen Bericht (act. II 132 S. 5 f.) bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH (RAD) und eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes (act. II 135 S. 2 f.) einholte. Am 29. Juni 2016 (act. II 136) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

### C.

Mit Eingabe vom 26. Juli 2016 liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B.\_\_\_\_\_, Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 29. Juni 2016 sei aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung auszurichten.
3. Eventualiter: Es sei unter Beachtung der neuen bundesgerichtlichen Vorgaben (BGE 141 V 281) nach Durchführung eines Einigungsverfahrens eine neue bidisziplinäre Begutachtung oder eine interdisziplinäre Begutachtung nach dem SuisseMED@P-Verfahren unter Wahrung der Mitwirkungsrechte des Versicherten in Auftrag zu geben.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, er habe bereits im Zeitpunkt der Berentung durch die SUVA an Schulterschmerzen gelitten (S. 9); zudem sei keine Verbesserung der die IV-Rentenzusprache begründenden somatischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers ausgewiesen, womit kein Revisionstatbestand und der

Anspruch auf eine Dreiviertelsrente weiterhin gegeben sei (S. 11). Der Vollständigkeit halber sei sodann darauf hinzuweisen, dass dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ keine Beweistauglichkeit attestiert werden könne: So leite sich aus dem Anschein einer ergebnisorientierten Gutachterausswahl, an welcher die Beschwerdegegnerin beharrlich festgehalten habe, ein Befangenheitsgrund ab (S. 14). Sodann weise das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gravierende Mängel auf, indem es sich nicht mit den medizinischen Beurteilungen, auf denen die Rentenzusprechung beruht habe, auseinandersetze (S. 15). Auch sei die attestierte 90%ige Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig (S. 16). Sodann sei auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht beweiswertig, entspreche es doch nicht den Leitlinien für versicherungspsychiatrische IV-Gutachten; auch sei die Zusatzfrage nicht beantwortet worden (S. 16). Indem das bidisziplinäre Gutachten die Vorakten nicht berücksichtige, sei es nicht beweiswertig (S. 17). Schliesslich sei eine Prüfung der psychischen Beschwerden gemäss den nach BGE 141 V 281 massgeblichen Indikatoren aufgrund des Gutachtens nicht möglich (S. 18).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die entsprechende Aufforderung des Instruktionsrichters im Rahmen der prozessleitenden Verfügung vom 19. September 2016 zunächst geltend, sie sei bestrebt gewesen, den Beschwerdeführer im Sinne eines konsensorientierten Vorgehens bei der Gutachtensvergabe einzubinden; eine einvernehmliche Lösung – welche im Übrigen nicht zwingend sei – sei jedoch nicht zustande gekommen, weshalb die Beschwerdegegnerin ihrerseits an der ursprünglichen und rechtskräftig verfügten Gutachtensvergabe festgehalten habe. Im Übrigen erfülle das bidisziplinäre Gutachten vom 26. Juni 2015 die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von Gutachten.

## **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 29. Juni 2016 (act. II 136). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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). Er-

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

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

## **2.3**

**2.3.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.3.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich)

des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.3.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.3.4** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

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

### **3.**

**3.1** Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 4. Februar 2009 (act. II 51 S. 2 ff.) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2005 eine Dreiviertelsrente zu, welche mit Verfügung vom 18. Februar 2011 (act. II 63) im Rahmen einer amtlichen Revision bestätigt wurde. Letzterer Entscheid beruht auf einer umfassenden Prüfung der erwerblichen Tatsachen, indem insbesondere ein weiterer Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (act. II 61 S. 2 ff.) eingeholt und gestützt darauf das Invalideneinkommen nunmehr anhand von Tabellenlöhnen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt wurde. Mass-

gebende Vergleichszeitpunkte im vorliegenden Revisionsverfahren bilden demnach die Verfügung vom 18. Februar 2011 (act. II 63) – woran nichts ändert, dass keine eingehenden medizinischen Abklärungen erfolgten, bestand hierzu doch kein Anlass, nachdem der Gesundheitszustand seitens des behandelnden Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als stationär bezeichnet worden war (act. II 60 S. 1) – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2016 (act. II 136).

**3.2** Per Februar 2011 präsentierte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

**3.2.1** Mit zu Händen der SUVA erstelltem kreisärztlichem Abschlussbericht vom 6. Juli 2007 (act. II 24 S. 2 ff.) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, folgende Diagnosen fest (S. 4):

- St. n. Skisturz, ... 1987
- St. n. medialer Schenkelhalsfraktur links
- St. n. Osteosynthese, konsekutiver Femurkopfnekrose
- Entwicklung einer schweren Coxarthrose links mit Funktionseinschränkungen, stark verminderter Belastbarkeit des linken Beines
- St. n. Resektion des Hüftgelenks und Implantation einer zementfreien CLS-Prothese, ...2006
- Sekundäre Fehlstatik der Wirbelsäule mit Beckenverwringung und S-förmiger Torsionsskoliose, chronisches Lumbovertebralsyndrom
- Mässige Periarthrosis humeroscapularis rechts nach Hüftentlastung bei beidseitigem Stockeinsatz über zwei Jahrzehnte

Der Beschwerdeführer beklage weiterhin beidseits Schulterbeschwerden betont rechts. Links bestehe ein Status nach einer Scapulafraktur in der Jugend mit erheblicher Deformierung des linken Schultergürtels (S. 5). In befundmässiger Hinsicht beständen hinsichtlich der linken Schulter aktuell unauffällige Verhältnisse (S. 3). Rechts bestehe aktuell ein Impingement. Das AC-Gelenk sei druckschmerzhaft (S. 5). In Bezug auf die Rückenbeschwerden lägen eindeutige Verhältnisse vor. In Verbindung mit dem Beckentiefstand und der Verwringung sei es nun zur definitiven Fehlstellung mit einer Rotations- und Torsionsskoliose der gesamten Wirbelsäule gekommen. Die Funktionseinschränkungen von Seiten des linken Hüftgelenks beständen weiterhin. Es komme bei der Flexion und Innenrotation zu Einklemmungserscheinungen, d.h. dauerhaftes Sitzen sei nicht möglich. Der Beschwerdeführer beschreibe einen Tagesablauf mit Aktivitäten, die ihn

nicht zwingen, sich mehrstündig hinzulegen. Die Tätigkeit als .... sei für ihn immer noch psychisch lebenswichtig. Er bearbeite die Stücke im Intervall, gehe zwischenzeitlich kurz aus dem Geschäft heraus, könne maximal 30-45 Minuten maximal sitzen. Vor dem Hintergrund der doch sehr variablen (ausserberuflichen) Aktivität könne ein zumindest halbtätiger Einsatz erwartet werden. Dauerhaftes Sitzen sei nicht möglich. Zudem komme es bei der zwangsläufigen kyphotischen Haltung als .... zu verstärkten Beschwerden thorakolumbal, so dass ein zwischenzeitliches Aufstehen notwendig sei. In Bezug auf die Schulter bestehe eine zumutbare Aktivität auf Tischhöhe; Überkopftätigkeiten fielen nicht an, auch keine grösseren Gewichtsbelastungen. Zweifellos liege eine unfallbedingte Verschlimmerung vor, wobei nun die Schulter rechts wie auch die gesamte Wirbelsäule mit einbezogen werden müssten. Zudem bestehe für die Hüfte ebenfalls eine Verschlimmerung, sei man doch bei der Abschlussuntersuchung von 1990 lediglich von einer mässigen Coxarthrose ausgegangen. In Bezug auf die Pensumreduktion als .... (auf 50%) könne nicht mehr von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Hier liege maximal ein 50%ige Arbeitsleistung vor, die vor dem Hintergrund der wechselseitigen Belastung, die notwendig sei wegen der Hüft- und der Rückenbeschwerden, nochmals relativiert werden müsse (S. 6).

**3.2.2** Mit Bericht vom 11. November 2010 (act. II 60) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an chronischen Rücken-, Schulter- und Hüftschmerzen.

**3.3** Für den Zeitraum ab Februar 2011 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 3. Mai 2012 (act. II 68 S. 6 f.) u.a. ein chronisches bilaterales Schulterschmerzsyndrom, links ausgeprägter als rechts (S. 6) bzw. im Bericht vom 5. Juni 2012 (act. II 68 S. 5) ein chronisches Schulterschmerzsyndrom links bei Tendinitis calcarea am Übergang Supra-/Infraspinatus und symptomatischer AC-Gelenksarthrose. Am ... 2012 erfolgte durch Prof.

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ an der linken Schulter ein operativer Eingriff (act. II 68 S. 4).

Mit Bericht vom 6. August 2012 (act. II 68 S. 3) hielt er fest, subjektiv gehe es gut. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis am 17. noch 100%, ab 18. August 2012 0%.

**3.3.2** Am 30. Oktober 2012 (act. II 68 S. 2) berichtete Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ über einen abklingenden Schub einer Tendinitis calcarea der rechten Schulter. Es werde insoweit eine expektative Haltung eingenommen.

**3.3.3** Mit Bericht vom 25. Februar 2013 (act. II 74) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die Schulterschmerzen links hätten seit der Operation gebessert; es beständen noch leichte Schmerzen; auch rechts hätten sich die Beschwerden durch die Auflösung der Tendinitis calcarea gebessert. Sodann seien ein Mittelfingerganglion und der Springfinger Dig. 4 operiert worden, womit auch insoweit eine Besserung eingetreten sei; indessen bestehe noch eine Schwellung und eine verminderte Kraft (S. 2).

**3.3.4** Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten des MEDAS vom 26. Juni 2015 (act. II 109.1) hielten die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ interdisziplinär die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen fest (S. 39):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Cervicovertebralsyndrom bei Spondylarthrose C4-7 sowie Osteochondrose C6/7 ohne neurale Kompression
- Acromioclaviculargelenksarthrose mit Impingement bei Acromion Typ III, Partialruptur der Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis rechts
- Pseudolumboischialgie links bei Spondylarthrose L3-5 ohne neurale Kompression
- Beginnende Coxarthrose rechts bei CAM-Impingement
- Rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit etwa April 2013, ICD-10 F33.0, F33.1

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Status nach Acromioclaviculargelenksresektion mit Interpositionsarthroplastik, subacromialer Dekompression und Kalkentfernung der Rotatorenmanschette links im Juni 2012
- Status nach zementfreier Hüfttotalprothese links im Juli 2004 ohne eindeutige Lockerungszeichen bei Zustand nach vierfacher Voroperation mit Beinverkürzung
- Schnellender Mittelfinger links
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstisch kränkbaren und passiv aggressiven Anteilen, ICD-10 F61.0
- Psychische Störungen durch Cannabinoide mit fraglichem gegenwärtigem Substanzgebrauch, ICD-10 F12.26

Der Beschwerdeführer gebe an, seit der Implantation einer Prothese am ... 2004 hätten sich die Beschwerden im Hüftbereich links gebessert; seit etwa einem Jahr habe er verstärkte Beschwerden im rechten Hüftgelenk. Seit ca. 15 Jahren habe er zunehmende LWS-Beschwerden, verstärkt seit etwa zwei Jahren nach dem „IV-Brief“ (vom 5. April 2013 [act. II 76]) mit Anspannungen. Im Weiteren habe er seit ca. 2012 Schulterbeschwerden beidseits mit Status nach Schulterarthroskopie links im ... 2012. Ferner leide er seit etwa zwei bis drei Jahren an HWS-Beschwerden, ausstrahlend in den Ohrbereich links. Zusätzlich habe er Kribbelparästhesien in den Händen und Füßen beidseits (S. 21; vgl. auch 3 f.).

In der Beurteilung hielt der begutachtende Orthopäde Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, die Nackenschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der HWS könnten im Wesentlichen auf die im MRI dargestellte Spondylarthrose C4-7 mit Osteochondrose C6/7 zurückgeführt werden. Die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten linken Arms hingegen könne bei radiologisch fehlender neuraler Kompression nicht nachvollzogen werden. Die Schmerzen in der rechten Schulter und die pathologischen objektiven Befunde derselben seien durch die im MRI sichtbare Acromioclaviculargelenksarthrose mit Impingement bei Acromion Typ III, Partialruptur der Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis rechts bedingt. Weshalb aber keine Gegenstände gehoben oder getragen werden könnten, bleibe unklar. Die Schmerzen in der linken Schulter und die pathologischen Untersuchungsbefunde derselben könnten bei normalem radiologischem Befund nicht objektiviert werden. Die lumbalen Schmerzen und die abnormen objektiven Befunde der LWS seien zumindest teilweise mit der im MRI dokumentierten Spondylarthrose L3-5 vereinbar. Bei radiolo-

gisch fehlender neuraler Kompression könne aber weder die Ausstrahlung der Schmerzen in den linken Fuss noch die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität der linken unteren Extremität plausibilisiert werden. Die Schmerzen in der rechten Hüfte und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben seien Folge der im MRI sichtbaren beginnenden Coxarthrose bei CAM-Impingement. Das Ausmass der demonstrierten pathologischen Untersuchungsbefunde hingegen sei durch den MRI-Befund nur unvollständig erklärt. Die Ursache der Schmerzen in der linken Hüfte und der pathologischen objektiven Befunde derselben sei nicht ganz klar. Radiologisch beständen zwar im Schaftbereich der Prothese Saumbildungen, aber eindeutige Lockerungszeichen seien nicht sichtbar. Die Beinverkürzung links sei mit 1cm subtotal korrigiert und sollte keine weiteren Beschwerden bereiten (S. 12).

Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt in psychiatrischer Hinsicht fest, der Beschwerdeführer habe im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik und vor allem mit psychosozialen Problemen im Rahmen des IV-Verfahrens seit etwa April 2013 eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, gekennzeichnet durch bedrückte bis dysphorische Verstimmungen mit leichten Affektstörungen, psychomotorischer Unruhe und Anspannungen, entwickelt. Hinzu komme ein negativistisch eingegengtes Denken auf die IV-Problematik mit Zukunftssorgen, wobei Zukunftsängste oder Existenzängste verneint würden, jedoch würden Suizidgedanken und Suiziddrohungen je nach IV-Bescheid geäussert. Auch liessen sich seit der IV-Problematik Schlafstörungen mit Durchschlafstörungen, vermehrtem Nachdenken und Grübeln erheben und der Beschwerdeführer zeige wenig Motivation und wenige Interessen mit sozialem Rückzug. Daneben fänden sich deutliche Hinweise für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstisch-kränkbaren Persönlichkeitszügen mit Vorwurfshaltungen und er fühle sich vor allem im Rahmen dieses IV-Verfahrens benachteiligt und schikaniert; hinzu kämen passiv-aggressive Persönlichkeitszüge mit Wut, Zorn, Enttäuschungen, Aggressionen (S. 29). Daneben liessen sich beim Beschwerdeführer seit September 2014 psychische Störungen durch Cannabinoide erheben, indem er angeblich täglich einen Joint rauche, wobei er sich damit entspannter fühle mit erträglichen Schmerzen. Nach Drogenabstinenz während des ...-Aufenthaltes lasse sich

auf Cannabinoide ein negativer Harnbefund erheben. Im Übrigen fänden sich keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und es dürften die Schmerzen überwiegend organisch erklärbar sein, wobei eine psychogene Überlagerung der Beschwerden angenommen werden könne mit verstärkten Verspannungen in psychischen Belastungssituationen (S. 30).

Trotz der beschriebenen psychischen Störungen liessen sich Ressourcen erheben. So zeige der Beschwerdeführer verschiedene Aktivitäten tagsüber, würde sich selbst versorgen, daneben laufen oder einkaufen, Erledigungen durchführen, lesen oder fernsehen. Auch würden zumindest wenige soziale Kontakte angegeben; ausserdem halte sich der Beschwerdeführer über den Winter in ... auf (S. 31).

In der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit als .... betrage die Einschränkung 40%. Den Leiden angepasste Tätigkeiten könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit April 2013 zu 75% zugemutet werden (S. 40).

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

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

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

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

**3.5** Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinische Aktenlage (vgl. E. 3.2 f.) ein Revisionsgrund in Form einer Veränderung des Gesundheitszustandes ohne weiteres erstellt. Dabei kann offen bleiben, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung in Form von seit Mitte 2011 bestehender beidseitiger Schulterbeschwerden (act. II 64 S. 1) bereits für sich genommen einen Revisionsgrund darstellt, was er beschwerdeweise nunmehr bestreitet. Denn gemäss dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 26. Juni 2015 (act. II 109.1) liegen mittlerweile degenerative Einschränkungen im Bereich der HWS (S. 12) sowie psychische Beschwerden (S. 28) vor, welche im Zeitpunkt der vorliegend referenziellen Verfügung vom 18. Februar 2011 (act. II 63) entweder nicht vorlagen oder aber keine Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit bewirkten (vgl. act. II 24 S. 3 f.; 12 S. 16). Indem die genannten gesundheitlichen Veränderungen aus medizinischer Sicht die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (nunmehr) beeinflussen (act. II 109.1 S. 39), erweisen sie sich als potentiell revisions- bzw. rentenrelevant (vgl. E. 2.3.2 vorne) mit der Folge, dass der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung allseitig zu prüfen ist (vgl. E. 2.3.3 vorne).

**3.6** Für die Beurteilung des Rentenanspruchs stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 (act. II 136) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 26. Juni 2015 (act. II 109.1) ab. Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 vorne) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Daran ändert die mannigfaltige Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten nichts:

**3.7** Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin mit der Beurteilung des RAD, wonach es nicht nachvollziehbar sei, weshalb je eine Rente gesprochen worden sei, zusammen mit der direkten Gutachtenszuweisung an zwei sehr weit vom Wohnort des Beschwerdeführers entfernt tätige Ärzte, die über keine speziellen Fachkompetenzen verfügten, aber sehr oft von der Beschwerdegegnerin beauftragt würden, wecke den Eindruck einer ergebnisorientierten Gutachterwahl, woraus sich ein Befangenheitsgrund ableite. Dies gelte umso mehr, als die Gutachter bewusst durch den RAD bestimmt worden seien und die Beschwerdegegnerin beharrlich an ihrer Beauftragung festgehalten habe.

Soweit der Beschwerdeführer mit seinen Rügen erneut auf eine Befangenheit der Gutachter schliesst, ist er nicht zu hören, nachdem das Bundesgericht mit Entscheid vom 12. August 2014 (9C\_718/2013 [act. II 94]) festgehalten hat, dass mit diesen Vorbringen keine Ausstandsgründe geltend gemacht würden (vgl. E. 3.3 [S. 5]). Soweit die Kritik auf die materielle Beweiskraft des Gutachtens abzielt, ist zunächst auf das insoweit rechtskräftige und auch im vorliegenden Verfahren grundsätzlich verbindliche Urteil des Verwaltungsgerichts VGE IV/2013/468 (act. II 86) zu verweisen, worin die Einwendungen des Beschwerdeführers im Wesentlichen bereits entkräftet wurden und welche Erwägungen auch nach Vorliegen des Gutachtens sowie im Lichte der seither ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung unverändert Gültigkeit haben. Soweit weitergehend, ist zu den einzelnen Rügen (ergänzend) Folgendes festzuhalten:

**3.7.1** Was die vom Beschwerdeführer beanstandete Empfehlung der RAD-Ärztin med. pract. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 3. April 2013 (act. II 75 S. 3) betrifft, erweist sich diese – anders als vom Beschwerdeführer suggeriert – keineswegs tendenziös. Vielmehr hielt sie im Kontext des laufenden Revisionsverfahrens sowie mit Blick auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest, es sei nach Durchsicht der Akten „nicht ganz nachvollziehbar für was“ der Beschwerdeführer ab 2005 berentet worden sei. Sie hat mithin – ohne dabei weitere, allenfalls ergebnisorientierte Schlussfolgerungen zu ziehen – einzig Zweifel an der medizi-

nischen Grundlage der Berentung geäussert und die Gründe dafür auch ausführlich dargelegt. Nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist es gerade die Aufgabe von RAD-Ärzten, die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zu prüfen. Hierzu gehört auch – insbesondere im Revisionsverfahren – die retrospektive (und allenfalls kritische) Einschätzung älterer medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Dass sodann die als Gutachter der MEDAS fungierenden Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_, welches als MEDAS-Gutachterstelle (Art. 59 Abs. 3 IVG) auf der vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) geführten MED@P-Liste figuriert, in sachlicher und fachlicher Hinsicht über eine hinreichende Qualifikation verfügen, wurde bereits in VGE IV/2013/468 ausführlich dargelegt, worauf verwiesen werden kann (vgl. E. 4.1.2 [act. II 86 S. 11 f.]). Weder führen das mittlerweile vorliegende Gutachten noch die Vorbringen des Beschwerdeführers im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens zu einer gegenteiligen Schlussfolgerung (vgl. auch E. 3.8 hinten).

**3.7.2** Sodann hielt die Beschwerdegegnerin an den bereits mit Schreiben vom 5. April 2013 (act. II 76) – mithin vor über dreieinhalb Jahren – vorgesehenen Gutachtern Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ fest, indem sie geltend machte, der mit dem Beschwerdeführer hinsichtlich der Gutachtensvergabe durchgeführte Einigungsversuch sei gescheitert.

Der im vorliegenden Fall ergangene Entscheid des BGer vom 12. August 2014 verweist hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Vergabe von mono- und bidisziplinären Gutachten an MEDAS-Ärzte auf BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357 (act. II 94 S. 5). Dieser sieht einzig, aber immerhin vor, dass wenn die IV-Stelle vom zufallsbasierten MEDAS-Zuweisungssystem abweicht, indem sie von einer MEDAS eine bi- oder gar bloss monodisziplinäre Expertise einholen will, sie zwingend einen Einigungsversuch einzuleiten hat. Unabhängig von der von der Beschwerdegegnerin an dieser Praxis geäusserten Kritik (vgl. Beschwerdeantwort, S. 5, Ziffer 26) kann die höchstrichterliche Praxis – entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers – nur dahingehend verstanden werden, dass zwar eine Verpflichtung zu einem Einigungsversuch, nicht jedoch zu einer eigentlichen Einigung hinsichtlich der effektiven Gutachtensvergabe – im

Sinne einer verbindlich durchsetzbaren übereinstimmenden Willenskundgebung – besteht. Mithin kann es nicht Sinn und Zweck des konsensorientierten Vorgehens sein und würde es den Grundsätzen des Amtsbetriebs, wonach die Verwaltung über die Herrschaft über das Verfahren, so auch über die Abklärung der zur Entscheidung notwendigen Tatsachen, verfügt, widersprechen, wenn die IV-Stelle verpflichtet wäre, einem Gutachtensvorschlag der versicherten Person zu entsprechen. Immerhin aber wird die IV-Stelle für den Fall, dass die versicherte Person zulässige formelle oder materielle Einwände gegen den oder die von der IV-Stelle vorgesehenen Gutachter erhebt, eine Alternative zur vorgesehenen Gutachterwahl zu unterbreiten haben (vgl. auch Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung, [KSVI], Ziffer 2084). Hat die IV-Stelle dem Leistungsansprecher einen oder mehrere alternative Gutachter, welche mit Bezug auf den konkret zu beurteilenden Fall den rechtsprechungsgemässen Vorgaben an die Qualifikation begutachtender Ärzte entsprechen vorgeschlagen, ist dem in BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357 statuierten Bestreben nach einer konsensualen Gutachtensvergabe indessen Genüge getan, ohne dass die IV-Stelle diesfalls die Gründe für die Ablehnung allfällig seitens der versicherten Person vorgeschlagener Experten darzutun hätte. Andernfalls würde die IV-Stelle weitgehend auf deren Vorschläge verpflichtet, was es nicht nur in Zusammenhang mit polydisziplinären (vgl. BGE 140 V 507 E. 3.2.1 S. 511), sondern auch in Bezug auf mono- oder bidisziplinäre Gutachten zu verhindern gilt.

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 12. Dezember 2014 (act. II 104) dem Beschwerdeführer mit den Dres. med. ... und ... Alternativen zu den ursprünglich vorgesehenen Gutachtern Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ unterbreitet. Bei beiden neu vorgeschlagenen Experten handelt es sich – wie der Beschwerdeführer selber festhielt (act. II 105 S. 2) – um regelmässig gutachterlich tätige Ärzte, welche seit Jahren über einen in der Schweiz erlangten Facharztstitel und somit über langjährige versicherungsmedizinische Erfahrung verfügen. Ebenso wären mit dem Alternativvorschlag die vorliegend (einzig) massgeblichen Fachdisziplinen Orthopädie und Psychiatrie abgedeckt gewesen. Es bestand demnach kein Anlass für den Beschwerdeführer, auch die Dres. med. ...

und ... als Gutachter abzulehnen, zumal sich die geltend gemachten Ablehnungsgründe in einzelfallunabhängigen bzw. pauschalen Vorwürfen erschöpften. Die Beschwerdegegerin hat das mit BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357 vorgegebene Vorgehen demnach korrekt durchgeführt und ist zu Recht von einem gescheiterten Einigungsversuch ausgegangen (act. II 107).

**3.7.3** Schliesslich stellt mit Bezug auf polydisziplinäre Gutachten ein vom Begutachtungsort entfernt gelegener Wohnort der versicherten Person allein keinen Grund für die Aufhebung der mittels Zufallsprinzips erfolgten Zuteilung dar (Entscheid des BGer vom 8. November 2016, 9C\_389/2016, E. 5.1). Es ist kein Grund ersichtlich, welche bezüglich mono- oder bidisziplinärer Gutachten eine andere Sichtweise nahelegten, zumal dem Beschwerdeführer eine Zugreise nach ... aus gesundheitlichen Gründen ohne weiteres zumutbar ist (act. II 106), nachdem er offenbar auch Reisen nach ... zu bewältigen vermag (act. II 109.1 S. 24).

**3.7.4** Zusammenfassend war der an die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ erfolgte Auftrag zur bidisziplinären Begutachtung in jeder Hinsicht rechtlich nachvollziehbar bzw. sachlich begründet. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten formellen Einwände erlauben weder einzeln noch in Kombination den Schluss auf eine ergebnisorientierte Gutachtensvergabe, womit die Vorbringen auch nicht geeignet sind, den Beweiswert des Gutachtens in Frage zu stellen.

**3.8** Auch die vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten ins Feld geführten materiellen Kritikpunkte dringen nicht durch:

**3.8.1** So trifft es zwar zu, dass sich ein im Rahmen eines Revisionsverfahrens eingeholtes Gutachten grundsätzlich zur Frage der Änderung des erheblichen Sachverhalts zu äussern hat. Davon kann indes dann abgesehen werden, wenn die gesundheitlichen Veränderungen evident sind (vgl. Entscheid des BGer vom 26. März 2015, 9C\_710/2014, E. 2), was auf den vorliegenden Fall zutrifft, indem neu die Arbeitsfähigkeit einschränkende HWS-Beschwerden sowie psychische Leiden hinzugekommen sind, die im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Februar 2011 noch nicht vorgelegen hatten (vgl. E. 3.5 vorne). Sodann wäre es zwar durchaus wünschenswert, wenn sämtliche medizinischen Akten im

Gutachten aufgelistet würden, was vorliegend unbestrittenermassen nicht erfolgte. Indessen geht aus der Zusammenfassung der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung hervor, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die medizinisch relevante Aktenlage durchaus kannte und in den Wesentlichen Punkten auch rekapitulierte (vgl. act. II 109.1 S. 10 f.). Sodann ist es zwar auch richtig, dass sich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nicht näher mit den Einschätzungen im kreisärztlichen Abschlussbericht vom 6. Juli 2007 (act. II 24) auseinandergesetzt hat. Dies schadet indes schon deshalb nicht, als dieser Bericht im Begutachtungszeitpunkt bereits achtjährig war und seinerseits – was die linke Hüfte anbelangt – auf röntgenologischen Untersuchungen aus dem Jahre 2004 basiert (S. 4). Für den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ entscheidend ist jedoch, dass es die Beschwerdenangaben des Beschwerdeführers ausführlich berücksichtigt (act. II 109.1 S. 3 f.) – und entgegen dessen Auffassung (Beschwerde, S. 17) keineswegs bagatellisiert –, auf einer umfassenden, insbesondere auch aktuellen bildgebenden Untersuchung und Befunderhebung beruht (S. 7 ff.) und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand der Befunde hinreichend plausibilisiert wird. Es ist weder ersichtlich noch legt der Beschwerdeführer dar, inwiefern der Gutachter dabei allenfalls nicht lege artis vorgegangen wäre. Die beschwerdeweise vorgetragene Kritik wird denn auch nicht mittels aktueller medizinischer Berichte untermauert, sondern unter Hinweis auf alte ärztliche Stellungnahmen, wobei ausser Acht gelassen wird, dass sich der Gesundheitszustand im vorliegend massgebenden Zeitraum wesentlich verändert hat. Namentlich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der *rechten* Hüfte von einer beginnenden Coxarthrose spricht (S. 9 und 39), und nicht – wie der Beschwerdeführer anzunehmen scheint (vgl. Beschwerde, S. 16 und 17) – mit Bezug auf die linke Hüfte. Dass der Gutachter sodann insoweit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte (act. II 109.1 S. 39), ist mit Blick auf die Befundlage (S. 9; 12) nachvollziehbar und korreliert mit den Angaben des Beschwerdeführers, wonach seit der Implantation der Hüfttotalprothese links im Juli 2004 nur mehr leichte Beschwerden beständen (S. 4; 21).

**3.8.2** Sodann verfängt auch die (pauschale) Kritik am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht (Beschwerde, S. 16 f.). Pra-

xisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Ob und in welchem Rahmen Zusatzabklärungen durchgeführt werden, liegt im Ermessen des Gutachters, woran auch die neuen Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten nichts geändert haben (vgl. Entscheide des BGer vom 19. August 2016, 9C\_276/2016, E. 3.2 und vom 9. Dezember 2016, 8C\_601/2016, E. 5.2.1). Es liegen sodann auch insoweit keine Berichte im Recht, welche Aspekte aufzeigten respektive konkrete Indizien lieferten, die Zweifel an den Einschätzungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zu wecken vermöchten. Dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die ursprünglich vorgesehene Zusatzfrage betreffend Veränderung des Gesundheitszustandes (vgl. act. II 81 S. 1) nicht beantwortet hat, fällt unter den vorliegend gegebenen und bereits dargelegten Umständen (vgl. E. 3.8.1 vorne) beweismässig nicht ins Gewicht. Schliesslich ist der vorliegende psychische Gesundheitsschaden diagnostisch nicht im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (act. II 109.1 S. 30) bzw. eines äquivalenten Leidens zu qualifizieren, womit entgegen dem Beschwerdeführer kein Sachverhalt gegeben ist, welcher in den Regelungsbereich von BGE 141 V 281 fällt.

**3.8.3** Zusammenfassend erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, womit es der beschwerdeweise eventualiter beantragten polydisziplinären Begutachtung nicht bedarf.

### **3.9**

**3.9.1** In der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit als .... betrage die Einschränkung 40%. Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne Arbeiten über der Horizontalen und Positionen in der Hocke und ohne häufiges Laufen, könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 75% zugemutet werden (S. 40).

Weil die Arbeitsfähigkeit keine medizinische, sondern eine rein juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2014, 9C\_651/2014, E. 5.1). Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wurde die rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden mitberücksichtigt (vgl. act. II 109.1 S. 39), wobei aus rein orthopädischer Sicht in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bestände (S. 13). Insoweit gilt es den rechtsprechungsgemässen Grundsatz zu beachten, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2016, 9C\_434/2016, E. 6.3).

Aus dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ geht hervor, dass der Beschwerdeführer keine psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie in Anspruch nimmt bzw. nehmen will (S. 20), womit die seitens der Rechtsprechung geforderte Therapieresistenz offensichtlich nicht gegeben ist, welcher Umstand auf einen zumindest nicht erheblichen Leidensdruck schliessen lässt. Ferner lässt sich auch aus dem Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers, welcher sich vor der Begutachtung bzw. im Winter gemäss eigenen Angaben in ... aufgehalten hatte (S. 24, 31), kein Rückschluss auf eine erhebliche psychische Einschränkung der Erwerbsfähigkeit ziehen. Schliesslich folgt aus dem Gutachten, dass sich die depressiven Beschwerden namentlich in Zusammenhang mit dem vorliegenden IV-Verfahren entwickelt haben (S. 29), welcher Umstand die Gesundheitsbeeinträchtigung als reaktiv ausweist und das Vorliegen einer invalidisierenden Psychopathologie auch deshalb auszuschliessen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3).

Nachdem Dr. med. D. \_\_\_\_\_ der ebenfalls diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuschrieb (S. 39) – was sich in Anbetracht fehlender aktenkundiger Hinweise hinsichtlich einer in der Vergangenheit aus psychischen Gründen eingeschränkten Arbeitsfähigkeit als ohne weiteres nachvollziehbar erweist –, ist eine psychische Invalidität im Rechtssinne demnach nicht hinreichend erstellt, weshalb invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich einzig die aus orthopädischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 10% zu berücksichtigen ist. Wie jedoch zu zeigen sein wird (vgl. E. 4.4.2 hinten), liegt auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor, wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers von der im bidisziplinären Gutachten attestierten, die psychischen Beschwerden berücksichtigenden 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird.

**3.9.2** In zeitlicher Hinsicht gilt das im bidisziplinären Gutachten erstellte Zumutbarkeitsprofil – unter Mitberücksichtigung der (invaliditätsfremden) psychischen Beschwerden – ab April 2013 (S. 40; act. II 132 S. 5), welcher Zeitpunkt mit der Mitteilung der Beschwerdegegnerin an den Beschwerdeführer zusammenfällt, zwecks Klärung der Leistungsansprüche eine Begutachtung veranlassen zu müssen (act. II 76). Gemäss (unbestritten gebliebener) Darstellung im Gutachten empfand dies der Beschwerdeführer als schikanös und er habe hierauf eine „unglaubliche Wut und Aggression“ entwickelt und sei seither in Gedanken auf diese Situation völlig eingeeengt (vgl. act. II 109.1 S. 20, 38). Damit ist der gutachterlich festgesetzte Beginn der Gültigkeit des Zumutbarkeitsprofils ohne weiteres nachvollziehbar.

Für die Zeit davor bzw. für den Zeitraum zwischen der Einleitung des Revisionsverfahrens im Oktober 2012 (act. II 64) bis März 2013 kann mit der Beschwerdegegnerin auf das bisher gültige Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden, folgt doch aus den Akten, dass in orthopädischer Hinsicht bis zu diesem Zeitpunkt (bzw. sogar bis zur Begutachtung im Mai/Juni 2015) keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Art. 88a Abs. 2 IVV) erfolgt war. Insbesondere attestierte Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der am 21. Juni 2012 operativ versorgten Schulter links (act. II 68 S. 4) bereits ab 18. August

2012 wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 3), worauf denn auch der Beschwerdeführer hinweist (Beschwerde, S. 9 oben). Gleiches gilt mit Bezug auf die Ende 2012 erfolgte handchirurgische Intervention, zumal insoweit nie eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit fachärztlich bescheinigt worden war.

#### **4.**

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

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

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

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert

(Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

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

**4.2** Der Beschwerdeführer hat der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 vorgenommene Einkommensvergleich beschwerdeweise nicht (mehr) beanstandet, nachdem er ihn im Vorbescheidverfahren noch als fehlerhaft bezeichnet hatte (act. II 128 S. 8 f.).

### **4.3**

**4.3.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens verweist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf den Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 25. (richtig: 23.) Oktober 2015 (act. II 123 S. 2 ff.). Darin wird auf das im Abklärungsbericht vom 6. März 2008 (act. II 28) zugrunde gelegte Einkommen von Fr. 60'000.-- Bezug genommen, welches der Beschwerdeführer im Jahr 2008 in seiner Eigenschaft als selbstständiger .... sowie als Gesunder erzielt hätte (vgl. S. 5; act. II 19 S. 18).

Diese Vorgehensweise ist nicht zu beanstanden: Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit als selbstständiger .... erst im Jahr 1998 und somit nach der Berentung durch die SUVA aufnahm. Aufgrund der gesamten Umstände kann indessen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer im Gesundheitsfall anderweitigen beruflichen Entwicklung ausgegangen werden: Bei der Tätigkeit als ....

handelt es sich um den erlernten Beruf (act. II 1 S. 4), und der Beschwerdeführer war – soweit aus den Akten ersichtlich – stets im nämlichen Beruf erwerbstätig, wenngleich bei unterschiedlichen Arbeitgebern. Auch wurde das ..., in welchem der Beschwerdeführer ab 1994 teilerwerbstätig bzw. ab 1998 selbstständig erwerbstätig war, von seiner damaligen Partnerin im Jahre 1990 gegründet (act. II 12 S. 33).

Was die Bezifferung des Valideneinkommens betrifft, so geht aus dem IK-Auszug hervor, dass der Beschwerdeführer einzig im Jahr 1992 ein Einkommen erzielt hatte, welches über den von der Beschwerdegegnerin als Berechnungsgrundlage herangezogenen Fr. 60'000.-- lag. In den übrigen Jahren liegen die Einkommen (teils deutlich) darunter (vgl. act. II 6). Dabei ist entscheidend, dass mit Blick auf die Erwerbsbiographie keine konkreten Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind noch substantiiert geltend gemacht werden, wonach der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte. Es besteht somit kein Anlass, von der im Abklärungsbericht vom 6. März 2008 ermittelten Berechnungsgrundlage abzuweichen (act. II 28 S. 5), abgesehen davon, dass sich die darin getroffenen Annahmen zu Gunsten des Beschwerdeführers auswirken, fielen die Bruttolohnzahlungen in den Folgejahren doch deutlich geringer aus (vgl. act. II 59.3 S. 3; 59.2 S. 4; 61.5 f.; 65.1 S. 4; 122.2 S. 4).

**4.3.2** Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C\_67/2013, E. 3.3.5). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, Nominallohnindex 1993-2010 sowie T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2015, Abschnitt G-O bzw. R,S) resultiert per 2015 – die definitiven Zahlen für das Jahr 2016 liegen noch nicht vor – ein Valideneinkommen von Fr. 64'679.80 (Fr. 60'000.-- /  $121.6 \times 125.2 / 100 \times 104.7$ ).

#### **4.4**

**4.4.1** Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte abzustellen (vgl. E. 4.1.2 vorne). Dabei können die LSE 2012 herangezogen werden, erfolgt doch allein durch ihre Verwendung keine Änderung des Invaliditätsgrades (BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 S. 190). Sodann ist festzustellen, dass die im bidisziplinären Gutachten attestierte Restarbeitsfähigkeit im relevanten Zeitpunkt ihres Feststehens (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462) auf dem für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. E. 4.1.2 vorne) wirtschaftlich verwertbar war, war der im ... (act. II 1 S. 1) geborene Beschwerdeführer im April 2013 (vgl. E. 3.9.2 vorne) doch erst ...jährig.

Unter Berücksichtigung des im bidisziplinären Gutachten vom 26. Juni 2015 erstellten Zumutbarkeitsprofils ist dem Beschwerdeführer ab April 2013 eine den Leiden angepasste Tätigkeit im Umfang von 75% zumutbar (vgl. E. 3.9 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat zusätzlich – und mit Blick auf die im Zumutbarkeitsprofil festgehaltenen körperlichen Einschränkungen zu Recht – einen leidensbedingten Abzug von 15% vorgenommen. Für einen weitergehenden Abzug besteht kein Anlass, nachdem sich das Alter des Beschwerdeführers bei den ihm noch zumutbaren Arbeiten im untersten Kompetenzniveau (vgl. E. 4.4.2 nachstehend) eher lohnerrhöhend auswirkt (vgl. Entscheid des BGer vom 23. November 2016, 8C\_477/2016, E. 4.2) und auch die übrigen, rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigenden Kriterien offensichtlich nicht erfüllt sind (vgl. E. 4.1.2 vorne).

**4.4.2** Abzustellen ist auf den Wert Total von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer (vgl. Entscheid des BGer vom 19. November 2015, 8C\_695/2015, E. 4.2). Sodann gilt es bei der Anwendung von Tabellenlöhnen zu berücksichtigen, dass ihnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der Tabellenposition „Total“, welche sich im Jahr 2015 auf 41.7 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total).

Demnach betrug das jährliche Invalideneinkommen im Jahr 2015 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2015, Abschnitt Total), einer Arbeitsfähigkeit von 75% sowie eines leidensbedingten Abzugs von 15% Fr. 42'285.80 (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 101.7 x 103.5 x 0.75 x 0.85).

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultierte unter zusätzlicher Berücksichtigung der invaliditätsfremden psychischen Beschwerden (vgl. E. 3.9 vorne) demnach eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'394.-- und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.2 vorne) von gerundet 35% (Fr. 22'394.-- / Fr. 64'679.80 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

**4.5** Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2016 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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