

200 17 324 IV
SCP/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 12. März 2012 – nach vorhergehender Anmeldung im Jahr 2006 bzw. 2007 – unter Hinweis auf drei Unfälle von 2002, 2007 und 2011 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1, 17 S. 1, 30). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen zog die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere die Akten der C._____ bei und führte vom 4. Februar bis 3. Mai 2013 eine berufliche Abklärung durch (AB 87, 92). Weiter liess sie den Versicherten durch die medizinische Abklärungsstelle D._____ (MEDAS) interdisziplinär begutachten (Gutachten vom 24. Februar 2016; AB 132.1). Auf gegen den leistungsabweisenden Vorbescheid vom 11. März 2016 (AB 135) erhobenen Einwand (AB 140) hin holte die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 144, 147) ein und veranlasste in der Folge zusätzlich eine interdisziplinäre Expertise durch die Dres. med. E._____, Facharzt für Neurologie, und F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 24. September 2016; AB 159.1). Nach weiterer Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 162, 165) sowie unter Berücksichtigung der neuerlichen Stellungnahme des RAD (AB 169) wies die IVB das Rentenbegehren mit Verfügung vom 21. Februar 2017 (AB 172) bei einem Invaliditätsgrad von 12 % bzw. 25 % ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 24. März 2017 Beschwerde. Er lässt beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, das verbleibende Leistungsvermögen des Beschwerdeführers rechtsgenügend abzuklären und auf dieser Basis erneut über den Rentenanspruch zu verfügen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 28. September 2017 nahm der Beschwerdeführer die Gelegenheit zur Einreichung von Schlussbemerkungen wahr.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. Februar 2017 (AB 172). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Ent-

scheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

2.3 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachge-

wiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E.6).

2.4 Psychosoziale 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 klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, 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 (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2017 IV Nr. 63 E. 5.3, 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).

2.5 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.

2.6 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 Die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2017 (AB 172) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 24. Februar 2016 (AB 132.1) sowie dem Ergänzungsgutachten der Dres. med. E._____ und F._____ vom 24. September 2016 (AB 159.1).

3.1.1 Im November 2015 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten der MEDAS in den Fachgebieten Kardiologie, Innere Medizin, Orthopädie sowie Psychiatrie untersucht. Im dazugehörigen Gutachten vom 24. Februar 2016 (AB 132.1) führten die Experten im interdisziplinären Konsens die folgenden Diagnosen auf (S. 44):

Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit):

- Knöchern konsolidierte subtalare Arthrodese am 19.08.2013 nach einer Calcaneusfraktur rechts vom 6.06.2002 mit nachfolgender Osteosynthese und Funktionsstörung des rechten Sprunggelenks
- Knöchern konsolidierte Arthrodese des linken Handgelenks nach einer Kahnbeinfraktur vom 6.06.2002 mit nachfolgender Kahnbeinnekrose sowie einer Handgelenksrevision und Resektion des Scaphoids mit Arthrodese des verbleibenden ulnarseitigen Karpus am 6.09.2005 und einer erneuten radiokarpalen Arthrodese am 13.03.2006 mit gleichzeitiger Exzision eines Dupuytren'schen Knotens der Hohlhand links
- Knöchern konsolidierte Unterschenkelfraktur links und offene Patellafraktur links am 17.04.2007 mit nachfolgender Zuggurtungsosteosynthese der Patella und Plattenosteosynthese Tibia und Fibula links sowie nachfolgende, beginnende Gon- und Retropatellararthrose

- Knöchern konsolidierte intraartikuläre Metacarpale III-Fraktur rechts und subkapitale, nicht dislozierte Metacarpale V-Fraktur links nach einem erheblichen Sturz am 15.09.2011

Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

- Fehlhaltung der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance bei einer Diskopathie C6/C7 mit einer links paramedianen und foraminalen Diskushernie sowie degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Aufbaustörungen
- Zustand nach einem alten Morbus Scheuermann
- Leichter Knick-Spreizfuss
- KHK mit St.n. Non STEMI am 18.06.2010 und St.n. 3-fach ACB-Operation am 19.06.2010
- Diabetes mellitus, medikamentös therapiert
- Arterielle Hypertonie, medikamentös therapiert
- Hyperlipidämie
- Adipositas stammbetont, BMI 31,9 kg/m²
- Steatosis hepatis
- Schlafapnoe-Syndrom, therapiert mit CPAP-Maske

Aus dem diskutierten objektivierbaren medizinischen Sachverhalt gelangten die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg in temperierten Räumen, rückenschulgerecht, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit leichten Erholungsphasen ohne Zwangshaltungen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere bis schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, ständige Tätigkeiten ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, Vibrationen, das Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie Arbeiten in schrägen und unwegsamen Geländen, Tätigkeiten, die eine besondere Geschicklichkeit der linken Hand erforderten, wie repetitives Hämmern und Klopfen, kniende und hockende Tätigkeiten, Kälte- und Nässeexposition sowie Zugluft. Weder von kardiologischer noch von internistischer Seite würden Einschränkungen des Fähigkeitsprofils vorliegen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten zu verrichten (S. 44).

In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe seit Dezember 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (50 % Leistungsfähigkeit, Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag mit Einschluss ausreichender Erholungs- und Gymnastikphasen). In einer dem obengenannten Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit bestehe ebenfalls seit Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (100 % Leistung, Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag mit Einbau kleinerer Erholungs- und Gymnastikphasen), wobei von dieser Einschätzung ab 2007 die postoperativen Behandlungsphasen nach Metallentfernung sowie Versteifung des rechten Sprunggelenks und die Behandlungsphasen der Unfallfolgen von 2011 auszunehmen seien. Die Bewertung gelte retrospektiv mindestens seit Juni 2012, wahrscheinlich schon eher, abgesehen von Zeiten kurzer vorübergehender Arbeitsunfähigkeit das internistische Fachgebiet betreffend (S. 45).

3.1.2 Am 14. September 2016 wurde der Beschwerdeführer von den Dres. med. E. _____ und F. _____ neurologisch-psychiatrisch untersucht (AB 159.1 S. 1).

Dr. med. F. _____ hielt aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit somatischen und psychischen Anteilen fest (S. 31), wobei die Symptomatik grundsätzlich als leicht einzustufen sei (S. 38). Die anamnestisch rezidivierenden depressiven Episoden, zurzeit remittiert (ICD-10 F33.4), wurden als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewertet (S. 31). Unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung, der vorliegenden Befunde, des Verlaufs im Längsschnitt gemäss Aktenlage, der funktionellen Beeinträchtigung, der leicht verminderten innerpsychischen Ressourcen und der etwas vermindert guten sozialen Ressourcen müsse in einer körperlich angepassten Tätigkeit aufgrund der Persönlichkeitsänderung eine 20%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Wiedereingliederungsmassnahmen seien zumutbar (S. 38). Eine psychotherapeutische Behandlung sei zwar grundsätzlich im Rahmen der Schadenminderungspflicht indiziert respektive wünschbar, aber die Persönlichkeitsstruktur des Explorenden erlaube wenig Introspektionsfähigkeit, sodass es sich mehrheitlich

um eine Begleitung im Rahmen der kommenden Wiedereingliederungsschritte handle. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nicht indiziert. Es liege keine durchgehende depressive Symptomatik vor (S. 38 f.).

Aus neurologischer Sicht liege mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines aktuell leicht bis mässig ausgeprägten leicht rechtsbetonten Cervicalsyndroms bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sowie Diskopathie auf der Etage C6/7 ohne aktuelle radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik und ein leicht ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom vor (S. 23 f. und 39). Weiter bestünden diverse Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24) sowie ein Zustand nach mehreren Unfällen mit dabei jeweils relevanter Verletzung des Skeletts; ferner sei ein Zustand nach Bypass-Operation sowie eine mit CPAP-Maske behandelte Schlafapnoe vorliegend. Als Folge des Cervicalsyndroms sowie des Lumbovertebralsyndroms sei eine Tätigkeit mit hoher Belastung der Körperachse und des Schultergürtels nicht geeignet. In anderen Tätigkeiten mit nur leichter bis mittelstarker Belastung der Körperachse und des Schultergürtels sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die vom orthopädischen Gutachter anlässlich der letzten Untersuchung definierten Beeinträchtigungen und Einschränkungen seien auch aus Sicht des neurologischen Referenten nachvollziehbar. Die anhand der verhaltensneurologischen Untersuchung festgestellten Defizite seien vom psychiatrischen Referenten im Hinblick auf die dadurch verursachte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu werten, zumal diese neurologisch nicht erklärt werden könnten (S. 26 und 39).

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass der Explorand in einer Tätigkeit mit nur leichter bis mittelstarker Belastung der Körperachse und des Schultergürtels auf Grund der massgebenden psychiatrischen Beurteilung zu 20 % beeinträchtigt sei (S. 39).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander

widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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

3.3 Die MEDAS-Gutachter sowie die Dres. med. E. _____ und F. _____ haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand grundsätzlich nachvollziehbar begründet. Somit erfüllen sowohl das MEDAS-Gutachten vom 24. Februar 2016 (AB 132.1) wie auch das Ergänzungsgutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 24. September 2016 (AB 159.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt. Daran vermögen die Einwendungen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

3.3.1 Soweit der Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren unter anderem das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS (AB 132.1 S. 57 ff.) bemängelte (AB 140 S. 3 f.), hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. Mai 2016 fest, auf die

Beurteilung der MEDAS könne insbesondere aus formalen Gründen nicht abgestellt werden (AB 144 S. 7). Die vom RAD-Arzt beanstandeten Ungenauigkeiten betreffen jedoch nicht die pathologischen und sonstigen klinischen Befunde, sondern einzig die berufs-anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers (vgl. AB 132.1 S. 58, 144 S. 4) und den Verzicht des Gutachters hinsichtlich der geltend gemachten Persönlichkeitsveränderung die Ehefrau des Beschwerdeführers zu befragen (AB 132.1 S. 40 und 63, 144 S. 5). Zu Letzterem ist vorab festzuhalten, dass der Gutachter hinsichtlich der Wahl der von ihm für erforderlich gehaltenen Untersuchungen frei ist, namentlich ist nicht zwingend notwendig, dass er fremdanamnestische Angaben einholt oder Zusatzuntersuchungen durchführt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 24. Januar 2013, 8C_768/2012, E. 3). Zu ergänzen ist, dass bereits Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie, darauf hinwies, dass sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit bzw. der Beschwerden Diskrepanzen unter anderem zwischen den anamnestischen Angaben der Ehefrau und den der Ärztin vorliegenden Akten zeigten (AB 111.4 S. 24). Diesbezüglich ist nachvollziehbar, wenn der psychiatrische MEDAS-Gutachter in Betracht zog, dass die Ehefrau vor dem Hintergrund ihrer eigenen Krankheit und den vermuteten Paarkonflikten eine eigene Sichtweise der Gegebenheiten habe (AB 132.1 S. 40 und 63). Der Zweitgutachter Dr. med. F. _____ hielt denn auch eine gewisse Diskrepanz zwischen den ihm geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten fest, fiel die von der Ehefrau beschriebene Dysphorie ihres Gatten anlässlich der Untersuchung vom 14. September 2016 doch nicht wesentlich ins Gewicht (AB 159.1 S. 33 und 36). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS sowohl eine organische Wesensveränderung wie auch die von den Neurologen des Spitals M. _____ für möglich gehaltene Wesensveränderung aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung (AB 111.4 S. 4 f. und 13) mit überzeugender Begründung ausgeschlossen wurde (AB 132.1 S. 40 und 63 f.). Dem stimmte auch der RAD-Arzt zu, indem er festhielt, das MEDAS-Gutachten sei diesbezüglich umfassend bzw. schlüssig und klar ausgefallen (AB 144 S. 5). Schliesslich konnte auch der neurologische Folgegutachter die geschilderte Wesensveränderung organisch nicht zuordnen, sondern sah diese am ehesten im Rahmen seelischer Interferenzen (AB 159.1 S. 26).

Dr. med. F._____ begründet die von ihm diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) denn auch nicht mit posttraumatischen Erlebnissen, sondern mit der auch vom MEDAS-Gutachter erkannten (AB 132.1 S. 62) narzisstischen Problematik und der grossen Schwierigkeit, mit veränderten Lebensbedingungen und Verlusten, insbesondere der körperlichen Integrität, zurecht zu kommen. Der Beschwerdeführer könne mit seinen Veränderungen, Verlusten, Hoffnungen, seiner Enttäuschung und den veränderten Lebensumständen nicht adäquat umgehen. Dr. med. F._____ stufte die Persönlichkeitsänderung zudem als leicht ein (AB 159.1 S. 31). Ob er schliesslich die differentialdiagnostisch diskutierte Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen mit Blick auf das Fehlen einer durchgehenden Niedergeschlagenheit, Dysphorie, Anspruchshaltung (vgl. auch AB 159.1 S. 33) oder Klagsamkeit, bei gleichzeitig in der Zukunftsperspektive durchaus möglicher Angabe einer Beschäftigung und eines Beschäftigungsgrades sowie fehlenden Hinweisen einer Begehrlichkeit oder einer allein auf Enttäuschung basierenden Psychopathologie, zu Recht verneint hat (AB 159.1 S. 32), kann offen bleiben. So oder anders können Verstimmungszustände, welche auf dem Boden einer als Kränkung empfundenen Kündigung eines langjährigen Arbeitsverhältnisses gewachsen sind (vgl. AB 114 S. 4 Ziff. 1.4, 159.1 S. 31 f.), aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierend gelten (vgl. hierzu E. 2.4 hiavor). Denn vorliegend ist aus fachpsychiatrischer Sicht unbestritten, dass die narzisstischen Züge nicht das Ausmass einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung haben (AB 132.1 S. 62, 159.1 S. 32). Der Beschwerdeführer befand sich denn auch noch nie in einer entsprechenden Therapie (vgl. auch AB 159.1 S. 35). Insoweit vermag die gutachterlich und unter Hinweis auf eine Persönlichkeitsänderung attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 159.1 S. 38 bzw. E. 3.1.2 hiavor) nicht zu überzeugen.

3.3.2 Weiter verweist der Beschwerdeführer auf die im Jahr 2013 durchgeführte berufliche Abklärung (AB 92) mit einer lediglich eingeschränkten Leistungsfähigkeit sowie die fehlende gutachterliche Auseinandersetzung damit (vgl. Beschwerde S. 6 sowie Schlussbemerkungen S. 3). Bei dieser bereits mehrere Jahre zurückliegenden Massnahme handelte es sich jedoch allein um eine berufliche Abklärung, welche die medizinische Beurtei-

lung nicht zu präjudizieren vermag und insoweit nicht entscheidwesentlich ist. Schliesslich enthalten auch die Berichte des behandelnden Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. April 2015 (AB 109) und 25. August 2015 (AB 114) keine Befunde, welche von den Gutachtern nicht bereits berücksichtigt worden wären, weshalb seine anderslautende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugt.

3.3.3 Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass der Beschwerdeführer – trotz aktenmässig nicht ausgewiesener emotionaler innerer Konflikte – an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) leidet (vgl. AB 159.1 S. 31), erreichte diese kein invalidisierendes Ausmass, wie die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des vorliegenden Verfahrens dargelegte Prüfung der Standardindikatoren (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 f. Ziff. 9 sowie E. 2.3 hiervor) ergibt:

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist betreffend den Komplex „Gesundheitsschädigung“ festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht sehr stark ausgeprägt ist. Dem psychiatrischen Folgegutachten vom 24. September 2016 ist zu entnehmen, dass keine durchgehende Gereiztheit und Niedergeschlagenheit vorliegt, wie zum Beispiel bei einer depressiven Symptomatik. Die Anspruchshaltung, die Überzeugung durch die Unfälle stigmatisiert und verändert worden zu sein, eine gewisse Passivität und ein Interessenverlust, ein ständiges Klagen über die Krankheit und die labile dysphorische Bestimmtheit, scheinen zwar vorhanden zu sein, sind in ihrer Ausprägung aber leicht (AB 159.1 S. 33). Der Beschwerdeführer beschreibt denn auch einen geregelten Tagesablauf unter anderem mit täglich mehreren Spaziergängen mit dem Hund sowie regelmässigen Gartenarbeiten (vgl. AB 132.1 S. 27, 33, 38, 47, 58 f. und 61, 159.1 S. 27 f.). Hinsichtlich Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern an, zurzeit (November 2015 bzw. September 2016) keine Therapien zu absolvieren (vgl. AB 132.1 S. 27, 159.1 S. 19, 34 und 36). Zwar hielt Dr. med. F._____ eine negative Wechselwirkung zwischen der Persönlichkeitsänderung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fest (AB 159.1 S. 31), jedoch ver-

mag diese insbesondere aufgrund der von den Gutachtern festgestellten Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten (AB 132.1 S. 64, 159.1 S. 36) nicht hinreichend zu überzeugen. Mit Blick auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass der psychiatrische Zweitgutachter zwar ausführte, dass Veränderungen, Verluste, Hoffnungen, Enttäuschungen und veränderte Lebensumstände zu einer Veränderung der Persönlichkeit, der Anspruchshaltung, der Aktivität und der Stimmung des Beschwerdeführers, auch zu einer Verschlechterung in der aktiven Gestaltung von Beziehungen und im Kontakt mit sich selbst geführt habe, jedoch stufte er die vorliegende Symptomatik und Befundlage als leicht ein (AB 159.1 S. 31). In diesem Sinn hielten zuvor die MEDAS-Gutachter bereits fest, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten zu verrichten (AB 132.1 S. 47). Bezüglich des Komplexes „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) sind die geschilderten sehr guten familiären Verhältnisse (AB 159.1 S. 28; er lebt mit der Ehegattin zusammen), die Besuche und Gespräche mit dem im selben Haus anwesenden Schwieger- vater und den (ehemaligen) Arbeitskollegen nach deren Feierabend (AB 132.1 S. 47 und 61) sowie die regelmässigen Spaziergänge mit dem Hund zu erwähnen (AB 132.1 S. 27, 47, 53, 59 und 61). Zudem liegt hinsichtlich der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Der Beschwerdeführer übt die Gartenarbeit mit Freude und Regelmässigkeit aus und geht mehrmals täglich mit dem Hund spazieren (AB 132.1 S. 27, 33, 38, 47, 52 f., 58 f. und 61, 159.1 S. 27 f.). Als weiteres Hobby nannte er das Beschriften von Holz mit einem LötKolben und das Verzieren von Holzgegenständen (AB 132.1 S. 47 und 58). In der Folge stellten denn auch die Zweitgutachter eine gewisse Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten fest (AB 159.1 S. 36) bzw. es führten jene der MEDAS aus, der Untersuchungsablauf habe anhand der Anamnese Hinweise auf eine Verdeutlichung ergeben, bei der Untersuchung hätten sich dagegen geringe Aggravationstendenzen gezeigt. Es bestünden deutliche Widersprüche in den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und dem objektiven orthopädischen Befund (AB 132.1 S. 50). In diesem Sinne ist auch nochmals zu

erwähnen, dass der Beschwerdeführer abgesehen von der hausärztlichen Behandlung sowie eines abgebrochenen Versuchs von Psychotherapie keine weiteren Therapien in Anspruch nimmt (AB 159.1 S. 28). Zusammenfassend wäre selbst bei Annahme der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen.

3.3.4 Im Gegensatz zur psychiatrischen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht in den übrigen Fachgebieten (Orthopädie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin) Einigkeit über die Auswirkungen der multiplen somatischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. So führten die MEDAS-Gutachter überzeugend aus, dass sich die Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit einzig aus den orthopädischen Einschränkungen ergebe und aus den internistischen und kardiologischen Fachgebieten keine Beeinträchtigung mehr bestehe (AB 132.1 S. 45). Auch Dr. med. E._____ bewertete die vom orthopädischen MEDAS-Gutachter definierten Beeinträchtigungen als nachvollziehbar und sah eine Tätigkeit mit hoher Belastung der Körperachse und des Schultergürtels als nicht geeignet an (AB 159.1 S. 26). In kardiologischer Hinsicht macht der Beschwerdeführer in seinen Schlussbemerkungen (S. 5) zwar geltend, nach einem ersten Myokardinfarkt im Jahr 2010 sei am 4. Februar 2017 ein erneutes akutes Koronarsyndrom aufgetreten. Die dabei erwähnten Berichte von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Februar 2017 (AB 171 S. 2 f.) und Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, vom 21. Februar 2017 (AB 173) enthalten jedoch keine Hinweise dafür, dass der neuerliche Infarkt – entgegen demjenigen aus dem Jahr 2010 (vgl. AB 132.1 S. 44 und 56) – nunmehr eine dauerhafte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes zur Folge hätte. Denn selbst wenn eine solche Einschränkung vorläge, müsste diese ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert haben, um Berücksichtigung finden zu können (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Damit steht fest, dass im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, welcher in zeitlicher Hinsicht die Grenze der gerichtlichen Überprüfung bildet, keine Hinweise für eine wesentliche Veränderung des medizinischen

Sachverhalts vorlagen, weshalb die Beschwerdegegnerin auch keine weiteren Abklärungen vorzunehmen hatte. Zudem hat der Beschwerdeführer mit den Schlussbemerkungen keine aktuelleren kardiologischen Berichte eingereicht, als sie der Beschwerdegegnerin bereits vorgelegen haben (vor erwähnte Berichte der Dres. med. I. _____ und J. _____). Insoweit erübrigt sich auch eine Überweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Prüfung eines allfälligen Neuanmeldungsgrundes.

3.4 Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist in Abweichung der Einschätzung von Dr. med. F. _____ – 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Persönlichkeitsänderung (AB 159.1 S. 38) – für die Invaliditätsbemessung ausschliesslich auf das aus orthopädischer Sicht formulierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen (vgl. E. 3.3.1 hiavor). Demnach ist in der angestammten Tätigkeit als ... eine Leistungsfähigkeit von 50 % (Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag mit Einschluss ausreichender Erholungs- und Gymnastikphasen) seit Dezember 2007 erstellt. In einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit (Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg in temperierten Räumen, rückenschulgerecht, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit leichten Erholungsphasen ohne Zwangshaltungen, unter Vermeidung von mittelschweren bis schweren Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg sowie ständigen Tätigkeiten ausserhalb des Körperlotes, ruckartigen Bewegungen, Vibrationen, Besteigen von Leitern und Gerüsten, Arbeiten in schrägen und unwegsamen Geländen, Tätigkeiten, die eine besondere Geschicklichkeit der linken Hand erfordern wie repetitives Hämmern und Klopfen, ohne kniende und hockende Tätigkeiten, Kälte- und Nässeexposition sowie ohne Zugluft) besteht dagegen spätestens seit Juni 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (100 % Leistung, Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag mit Einbau kleinerer Erholungs- und Gymnastikphasen). Diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen wurden durch die Behandlungsphasen nach dem Unfallereignis vom 15. September 2011 (vgl. AB 32.2, 46 S. 3, 49 S. 4, 132.1 S. 36), postoperativ nach Metallentfernung (vgl. AB 97 S. 4 [29. August 2013], 111.4 S. 65 [21. Mai 2012]) sowie nach dem operativen Eingriff am rechten Sprunggelenk mit Versteifung im Jahr 2013 (vgl. AB 132.1 S. 43), welche allerdings zu bloss vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten führten, unterbrochen.

4.

Aufgrund des für die vorliegenden Belange massgeblichen Zumutbarkeitsprofils (E. 3.4 hiervor) ist nachstehend der Invaliditätsgrad zu bemessen.

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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; 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 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit ei-

nem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 12. März 2012 (AB 30) sowie der gutachterlich seit Dezember 2007 attestierten Leistungseinschränkung (vgl. E. 3.4 hiervor) auf den 1. September 2012 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt vom Juli 1997 bis 31. Januar 2013 bei der K. _____ AG im ... (AB 47, 132.1 S. 3, IV-Protokoll per 28. April 2017 [IV-Protokoll], Einträge vom 15. November 2012 [S. 4] und 5. Dezember 2012 [S. 5]). Diese Stelle wurde ihm aus gesundheitlichen Gründen gekündigt, da er nur noch sehr reduziert im Betrieb eingesetzt werden konnte (vgl. IV-Protokoll, Eintrag vom 15. November 2012 [S. 4]). Demnach wäre der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich nach wie vor bei der gleichen Unternehmung tätig. In der Folge ist das von der Beschwerdegegnerin herangezogene und zwischen den Parteien unbestrittene Valideneinkommen von Fr. 66'924.-- für das Jahr 2012 (AB 172 S. 2) nicht zu beanstanden, entspricht dieser Betrag doch annähernd dem im individuellen Konto des Beschwerdeführers (AB 136 S. 3) maximal ausgewiesenen und auf das Jahr 2012 indexierten Einkommen aus dem Jahr 2009 (Fr. 65'108.-- / $2136 \times 2188 =$ Fr. 66'693.-- [BFS, Tabelle T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015]).

4.3.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen gemäss LSE zu bestimmen. Gestützt auf die LSE 2012, Tabelle TA1, Totalwert, Männer, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), resultiert angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit ein hypothetisches Einkommen von Fr. 65'177.10 (Fr. 5'210.-- x 12 / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total]). Dabei hat die Beschwerdegegnerin aufgrund der gutachterlich festgehaltenen vermehrten Erholungs- und Gymnastikphasen (AB 132.1 S. 45) einen nicht zu beanstandenden behinderungsbedingten Abzug von 10 % gewährt (AB 172 S. 2). Damit ist für das Invalideneinkommen ein Betrag von Fr. 58'659.40 (Fr. 65'177.10 x 0.9) heranzuziehen.

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'264.60 (Fr. 66'924.-- ./ Fr. 58'659.40), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 12 % entspricht (vgl. E. 2.4 hiavor bzw. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht abgelehnt, womit die gegen die Verfügung vom 21. Februar 2017 (AB 172) erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die in ihrer Eigenschaft als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern (Art. 104 Abs. 3 VRPG) obliegende Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Parteikostenersatz (vgl. auch 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 zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. September 2017)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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