

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen
Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 18. Februar 2016 abgewiesen
(9C_942/2015).

200 15 430 IV
KOJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. November 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 2. April 2015

Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete vom 2. April 1979 bis 29. Februar 2004 als angelernter ... bei der C._____. Er meldete sich am 14. Juli 2004 erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf einen am 1. Juli 2001 erlittenen Unfall mit Verletzung der linken Schulter und nachfolgend mehreren Operationen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 15). Mit Verfügung vom 23. Juli 2004 sprach die IVB dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu und verneinte mit Verfügung vom 28. Dezember 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 9 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 4, 22). Die für den Unfall vom 1. Juli 2001 zuständige Unfallversicherung, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA), sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 12. Januar 2005 bei einer Erwerbsunfähigkeit von 13 % ab dem 1. Januar 2005 eine Invalidenrente und bei einer Integritätseinbusse von 10 % eine Integritätsentschädigung zu (act. II 26); Letztere wurde mit Verfügung vom 7. November 2008 um 5 % erhöht (act. II 95). Eine berufliche Abklärung bei der D._____ brach der Versicherte vorzeitig ab (act. II 24, 37, 39, 41), worauf die Arbeitsvermittlung am 25. Mai 2005 abgeschlossen wurde (act. II 42).

Am 14. Juni 2005 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und verwies auf Knie- sowie Hüftprobleme (act. II 44, 47). Nach Vornahme diverser Abklärungen wies die IVB das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 10 % mit Verfügung vom 27. April 2006 erneut ab (act. II 63).

Auf ein weiteres Leistungsgesuch vom 26. Juli 2006 (act. II 64) trat die IVB mangels neuer Tatsachen mit Verfügung vom 26. Oktober 2006 nicht ein (act. II 74). Am 8. November 2006 gewährte sie indessen Arbeitsvermittlung (act. II 76), wobei sie diese am 30. Januar 2007 wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit des Versicherten wieder abschloss (act. II 81 f.).

B.

Am 7. August 2008 meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (act. II 85), worauf ihm die IVB am 29. Januar 2009 erneut Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zusprach (act. II 103). Weiter durchlief der Versicherte ab dem 21. Juni 2010 eine vierwöchige arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA) in der E._____, (nachfolgend: E._____; Akten der IVB [act. IIa] 136, 141). Daran anschliessend absolvierte der Versicherte in der gleichen Institution ein Arbeitstraining (act. IIa 145, 147, 162), welches mangels Zielerreichung per 26. November 2010 vorzeitig abgebrochen wurde (act. IIa 175). Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2010 stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 32 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (act. IIa 168). Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen beendete die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 31. März 2011 (act. IIa 180, 182 f.). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 30. August 2011 (VGE IV/2011/448) gut und wies die Sache zur Weiterführung der mit Verfügung vom 29. Januar 2009 gewährten Arbeitsvermittlung an die IVB zurück (act. IIa 204). Daraufhin erteilte die IVB Kostengutsprache für ein 12-wöchiges Arbeitstraining ab dem 5. September 2011 in der E._____ (act. IIa 208). Nachdem der Versicherte am 1. Dezember 2012 bei der F._____ eine Tätigkeit in einem 50 %-Pensum als ... aufgenommen hatte, schloss die IVB die beruflichen Massnahmen am 18. April 2013 ab (act. IIa 245; Akten der IVB [act. IIb] 285). Neben der genannten Tätigkeit war der Versicherte auch noch in der E._____ in einem 20 %-Pensum tätig, was er jedoch per März 2014 wieder aufgab (Protokoll der IVB per 12. Juni 2015, S. 10 f. [im Gerichtsossier]; act. IIb 290.1/19).

Auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) liess die IVB den Versicherten durch die Begutachtungsstelle G._____ orthopädisch-psychiatrisch begutachten (Expertise vom 5. Juni 2013 [act. IIa 248.1] inkl. psychiatrischem Teilgutachten vom 6. Mai 2013 [act. IIa 249.1]).

In der Folge stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 20. Juni 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 24 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (act. IIb 250). Im Rahmen des daran anschliessenden

Einwandverfahrens holte die IVB eine ergänzende Stellungnahme der Begutachtungsstelle G._____ und weitere medizinische Unterlagen ein bzw. solche wurden der IVB zugestellt (act. IIb 254, 257 – 259, 265, 268, 272, 273.3, 274).

Nachdem der RAD am 1. Juli 2014 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten als ausgewiesen erachtet hatte (act. IIb 277/2), liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, begutachten (Expertise vom 4. Dezember 2014 [act. IIb 290.1]). Daraufhin stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. Dezember 2014 (act. IIb 293) bei einem Invaliditätsgrad von 36 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, unter Beilage einer Stellungnahme vom 28. Januar 2015 des behandelnden Arztes Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Einwände erheben (act. IIb 294), woraufhin die IVB beim Gutachter Dr. med. H._____ eine ergänzende Stellungnahme einholte (act. IIb 299). Im Rahmen der diesbezüglichen Gewährung des rechtlichen Gehörs liess der Versicherte eine weitere Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 4. März 2015 einreichen (act. IIb 301). Nachdem die IVB eine RAD-Stellungnahme eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 2. April 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 36 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. IIb 303 – 306).

C.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 12. Mai 2015 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelrente ab dem 1. April 2007 zuzüglich allfälliger Kinderrenten und Verzugszins seit wann rechtens zuzusprechen. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2007 eine Dreiviertelrente und ab dem 1. März 2015 eine Viertelrente zuzüglich allfälliger Kinderrenten und Verzugszins seit wann rechtens zuzusprechen.

Subeventualiter seien die Akten zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 2. April 2015 (act. IIb 306). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vervollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

Das Rundschreiben des BSV Nr. 253 vom 12. Dezember 2007, wonach bei am 1. Januar 2008 – dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der 5. IV-Revision – noch laufender Wartezeit eine Anmeldung bis Ende 2008 genügt, um sofort danach in den Genuss von Rentenleistungen zu kommen, ist gesetzwidrig. Die Anmeldefrist kann – bei einer einheitlichen Regelung – anspruchswahrend maximal bis Ende Juni 2008 erstreckt werden (BGE 138 V 475).

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

2.6 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 Kennt-

nis 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).

2.7 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).

2.8

2.8.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.8.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr.

2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.8.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 7. August 2008 (act. II 85) eingetreten ist, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Der Rentenanspruch wurde gestützt auf eine materielle Prüfung letztmals am 27. April 2006 rechtskräftig abgewiesen (act. II 63). Folglich ist durch einen Vergleich des Sachverhaltes in diesem Zeitpunkt mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. April 2015 (act. IIb 306) zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Die am 27. April 2006 erlassene Verfügung geht auf die Anmeldung vom 14. Juni 2005 zurück, bei welcher der Beschwerdeführer Knie- und Hüftprobleme anführte (act. II 44, 47 f., 51/2, 53, 58 – 60), wobei er die bekannten Schulterprobleme links (vgl. z.B. act. II 87/7 – 9) nicht explizit erwähnte. Seit damals haben sich insbesondere die Schulterbeschwerden links verschlechtert. So hat die SUVA mit Verfügung vom 7. November 2008 die im Zusammenhang mit den unfallbedingten Schulterbeschwerden links ge-

währte Integritätsentschädigung von 10 % auf 15 % erhöht (act. II 95), dies aufgrund gegenüber 2004 etwas stärker eingeschränkter Beweglichkeit (act. II 87/5). Im Zusammenhang mit der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Mai 2014 wurde zudem festgehalten (act. IIb 273.3/4), bei der heutigen klinischen Untersuchung zeige sich eine deutlich eingeschränkte Schulterfunktion links, nebenbefundlich auch rechts. Eine Progredienz der Beschwerden im Sinne von Schmerzen und zunehmender Bewegungseinschränkung sei aufgrund der Befunde, welche bereits vor gut drei Jahren erhoben worden seien, zu erwarten gewesen. Schliesslich hat die RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, am 1. Juli 2014 ausgeführt (act. IIb 277/2), mit den Hüftbeschwerden rechts, Knieeingriff links, Schulterschmerzen/Bewegungseinschränkung links und Schulterbeschwerden rechts mit Zustand nach spontaner Schulter-Luxation sei die Verschlechterung des Gesundheitszustandes (seit dem Gutachten vom Juni 2013) medizinisch nachvollziehbar und schlüssig ausgewiesen. Folglich ist mit dem Eintritt einer gesundheitlichen Verschlechterung im relevanten Vergleichszeitraum (27. April 2006 bis 2. April 2015) ein Neuanmeldungsgrund gegeben und der Leistungsanspruch ist demnach frei zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. K._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 10. August 2011 fest (act. IIa 200), retrospektiv könne die Arbeitsunfähigkeit wie folgt begründet werden: Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei zu 100 % nicht mehr gegeben ab dem Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zur Abklärung der E._____. (21. Juni 2010) respektive bis auf weiteres in der Folge. Eine angepasste Tätigkeit sei dagegen für die Zeitspanne vom 1. Januar 2007 bis 21. Juni 2010 100 % machbar. Bei der Tätigkeit müsse zusätzlich darauf geachtet werden, dass es sich dabei weder um repetitive, monotone Arbeitsabläufe handle noch um Arbeiten, welche über Kopf getätigt werden müssten, es sollte eine leichte körperliche Tätigkeit mit maximalem Lastenheben/-tragen von 5kg sein. In diesen Zeitraum seien

allerdings zwei Schulteroperationen gefallen (31. Januar 2007 respektive 3. April 2009), wobei der Beschwerdeführer nach beiden Operationen jeweils während vier Monaten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Zudem sei am 28. September 2008 die Implantation einer Hüft-TP rechts mit regelrechtem Verlauf erfolgt, auch hierfür wäre der Beschwerdeführer während vier Monaten postoperativ zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

3.2.2 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt am 13. September 2011 fest (act. IIa 207), folgende Arbeitsunfähigkeiten hätten nach den genannten Operationen bestanden: Hüft-TP rechts vom 29. September 2008: Arbeitsunfähigkeit zu 100 % für vier Monate, im körperlich arbeitenden Beruf sechs Monate. Bankart-Re-Repair am 3. April 2009 ebenfalls vier Monate, im körperlich arbeitenden Beruf sechs Monate.

3.2.3 Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten vom 5. Juni 2013 (act. IIa 248.1) von Dr. med. M. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wurden in der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. IIa 248.1/31):

- Ruptur der Subscapularissehne mit deutlicher Muskelatrophie sowie Bicepssehnentendinopathie und beginnender Omarthrose bei Status nach Acromioclaviculargelenksresektion und 6-facher Voroperation links
- Dolente zementfreie Hüfttotalprothese rechts 09/2008
- Beginnende Coxarthrose nach chirurgischer Hüftluxation mit Acetabulumdébridement und Offsetoptimierung sowie Schenkelhalsverlängerung und Trochanterdistalisierung links 06/2000 mit periartikulären Verkalkungen
- Läsion des medialen Restmeniscus und bikompartimentale Chondropathie sowie Femoropatellararthrose rechts mit lateralisierter Patella nach zweifacher Voroperation
- Verdacht auf Chondropathie des lateralen Kompartiments mit Femoropatellararthrose mit lateralisierter Patella nach zweifacher Voroperation links
- Adipositas
- Zustand nach chronischer ängstlicher Depression (Dysthymie), bestehend von etwa 2004 bis 11/2012, ICD-Nr.: F34.1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde Folgendes festgehalten:

- Arterielle Hypertonie
- Ob das Schlafapnoesyndrom einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, kann nicht beurteilt werden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest (act. IIa 248.1/32), anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung am 31. Mai 2013 sei die Arbeitsfähigkeit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums als ... und ... aufgrund der Dysthymie mit leichter Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit seit 2004 auf 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %) festgelegt worden und seit 12/2012 sei die Arbeitsfähigkeit weiterhin 20 % gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eingeschränkt (Arbeitsfähigkeit 80 %), da vorwiegend stehende Tätigkeiten, die aber auch mit häufigem Laufen verbunden seien, bei den obgenannten Diagnosen nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könnten. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hielten die Experten fest (act. IIa 248.1/32), aus psychiatrischer Sicht könnten Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung seit 2004 vollumfänglich (Arbeitsunfähigkeit 0 %) bei vollem Stundenpensum zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht könne rückwirkend nicht eindeutig beurteilt werden und somit könnten spätestens seit 12/2012 körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien und bei denen nicht häufig gelaufen werden müsse, insbesondere auf Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und unebenem Boden und bei denen keine häufigen Positionen in der Hocke respektive kniende Positionen notwendig seien, gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90 % (Arbeitsunfähigkeit 10 %) zugemutet werden.

3.2.4 In der ergänzenden Stellungnahme vom 13. September 2013 (act. IIb 259) hielt der orthopädische Gutachter der Begutachtungsstelle G._____, Dr. med. M._____, u.a. fest, nachdem der Beschwerde-

fürer bezüglich der Epicondylitis keine Beschwerden angegeben habe und die Untersuchung des Ellbogens unauffällig gewesen sei, bestehe auch keine Epicondylitis, so dass keine Stellung genommen werden müsse. Letztlich sei auch die Schlussfolgerung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wieder falsch, dass es bei der Einschätzung der Hausärztin bleibe, einer Allgemeinmedizinerin, die aufgrund von cursorischen Untersuchungen während der Sprechstunde ihrem Patienten (den sie nicht verlieren wolle) die gewünschte Arbeitsunfähigkeit attestiere.

3.2.5 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 4. Dezember 2014 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. IIb 290.1/11):

Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Hypermobilitätssyndrom
- Periarthropathia humeroscapularis beidseits
- Coxarthrosen
- Gonarthrosen

Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Adipositas mit Body-Mass-Index von 34.8 kg/m²
- Gestörte Gluconeogenese
- Arterielle Hypertonie
- Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Aus somatischer Sicht nicht beurteilte Diagnose:

- Anamnestisch „traurige Verstimmungen“ (Zitat)

Dr. med. H. _____ hielt fest (act. IIb 290.1/16), insgesamt beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als weitgehend, jedoch nicht als vollständig auf die objektifizierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Weiter führte Dr. med. H. _____ aus (act. IIb 290.1/17 f.), bezüglich der Belastbarkeit gelte es darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seines Übergewichtes körperlich belaste. Ein Übergewicht führe per se zu einer körperlichen Belastung und erhöhe zudem das Risiko für die Entwicklung von allgemeininternistischen Komplikationen. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Beschwerdeführer seit Ende 2012 ausgeübten beruflichen Tätigkeiten im Bereich der ... in der F. _____, weiterhin, wie bereits im Gutachten vom

5. Juni 2013 erwähnt, zu maximal 20 % eingeschränkt. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % begründet werden. Im Gutachten vom 5. Juni 2013 sei diesbezüglich eine 10 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwähnt worden. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Aufgrund der am 28. April 2014 durchgeführten Kniearthroskopie links und der am 8. November 2014 durchgeführten Hüftoperation rechts resultierten zudem zeitlich limitierte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von maximal je 3 – 4 Wochen. Nicht mehr zumutbar seien seit Jahren mittel- und schwergradig körperlich belastende Arbeiten. Die angepasste Verweistätigkeit für den Beschwerdeführer liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leichtgradig (maximal 5 – 10kg [vgl. act. IIb 290.1/17]) körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Diesbezüglich sei wichtig darauf hinzuweisen, dass es dem Beschwerdeführer mit seinem derzeitigen Ausmass des Übergewichts nicht immer möglich sei, die Regeln der Rückenergonomie und des Gelenkschutzes einzuhalten. Arbeiten seien zu vermeiden, bei denen der Beschwerdeführer Kälte und feuchter Umgebung ausgesetzt sei, die repetitiv mit dem linken Arm oberhalb der Horizontalen auszuüben seien, bei denen der linke Arm Vibrationen und Schlägen ausgesetzt sei, die mit dem Gehen auf unebenem Untergrund verbunden seien und die repetitiv in kniender Haltung auszuüben seien.

3.2.6 Der behandelnde orthopädische Chirurg Dr. med. I. _____ führte am 28. Januar 2015 (act. IIb 294/6) zum Gutachten von Dr. med. H. _____ aus, die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms lasse sich nicht stellen. In der Regel würden zur Diagnosestellung Beweglichkeitstests an den Fingern, Hand- und Zehengelenken durchgeführt. Ein teilweise gebrauchter Score stelle der Beighton-Score dar. Hier seien neben der Hypermobilität in den Daumengrundgelenken auch die Überstreckbarkeit in den Ellbogen und in den Kniegelenken um mehr als 10° gefordert. Dies

treffe alles beim Beschwerdeführer nicht zu. Die alleinige Tatsache, dass er eine beidseitige stattgehabte Schulter luxation gehabt habe, rechtfertige die Diagnose nicht. Weiter hielt Dr. med. I. _____ fest (act. IIb 294/8), dass mittel- und schwergradig körperlich belastende Arbeiten nicht mehr zugemutet werden könnten, könne definitiv bestätigt werden. Der Beschwerdeführer habe seine Arbeit als vorwiegend an einem ... stehend, beim ... und anschliessend dem ... beschrieben. Gelegentlich müsse er schwere Gegenstände, allerdings maximal 10 – 15kg heben. Häufiges Leiternsteigen sei ebenfalls nicht notwendig. Im Ganzen sei ihm aber das Stehen länger als einen halben Tag, also vier Stunden pro Tag, nicht möglich. Dies würde theoretisch eine Einschränkung von etwa 50 % ergeben. In dieser Hinsicht sei tatsächlich zu bestätigen, dass das Übergewicht bei häufig stehender Tätigkeit per se einen übermässigen Stress auf die Wirbelsäule und die Hüft- sowie Knie- und Fussgelenke ausübe. Da die Problematik der beidseits mehrfach operierten Hüftgelenke und der arthroskopisch gut bekannten Gonarthrose links nicht von der Hand zu weisen seien, hätte er dem Beschwerdeführer bei einer Begutachtung eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit bei der F. _____ für 50 % gegeben. Das Körpergewicht könne nicht alleine verantwortlich gemacht werden.

3.2.7 Am 16. Februar 2015 führte Dr. med. H. _____ zur Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 28. Januar 2015 aus (act. IIb 299), dieser sei der Meinung, dass beim Beschwerdeführer die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms nicht gestellt werden könne. Diesbezüglich sei ihm – Dr. med. H. _____ – in der Befundbeschreibung seines Gutachtens vom 5. Dezember 2014 unter II.D) Status (Seite 5/19) ein Fehler unterlaufen, weil er bezüglich des erwähnten Beighton-Indexes von 4/9 vergessen habe zu erwähnen, dass es sich bei der Hyperextension des MCP-Gelenke um die MCP-Gelenke V, jeweils beidseits, handle. Die von Dr. med. I. _____ zur Verfügung gestellten Abbildungen beträfen nur bezüglich des linksseitigen Bildes ein Testgelenk des Beighton-Scores. Das rechtsseitige Bild sei nicht massgebend für die Beurteilung des Beighton-Scores. Weiter hielt Dr. med. H. _____ fest, Dr. med. I. _____ teile seine Einschätzung, dass mittel- und schwergradig körperlich belastende Arbeiten seit Jahren nicht mehr zumutbar seien. Er sei der Meinung, dass die derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit maximal zu 50 % zumutbar sei. Er erwähne

in diesem Zusammenhang nicht, obwohl er gewusst habe, dass der Beschwerdeführer fachärztlich-orthopädisch am 5. Juni 2013 begutachtet worden sei, wobei er auf dieses Gutachten vom 5. Juni 2013 in seinem Gutachten eingegangen sei, dass in diesem orthopädischen Teilgutachten vom 5. Juni 2013, wie von ihm bestätigt, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % attestiert worden sei. Dieses orthopädische Gutachten vom 5. Juni 2013 habe er in seinem Gutachten vom 5. Dezember 2014 diskutiert.

3.2.8 Dr. med. I. _____ hielt sodann am 4. März 2015 fest (act. IIb 301/3), die gesamte Diskussion hinsichtlich des Vorliegens eines Hypermobilitätssyndroms schein ihm recht akademisch und sei insbesondere für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zielführend bzw. nicht relevant, da man bei Vorliegen eines Syndroms dem Patienten dies nicht als selbstverschuldete bzw. krankheitsfremde Komponente anlasten könnte. Insgesamt bleibe er bei seiner Beurteilung einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bekannten Tätigkeit als

3.2.9 Im Aktenkonsil des RAD-Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 23. März 2015 wurde ausgeführt (act. IIb 304/4 f.), per se habe ein Hypermobilitätssyndrom beim Beschwerdeführer nicht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geführt, auch wenn es in der Diagnoseliste entsprechend aufgeführt werde. Von Dr. med. H. _____ werde dies auch eindeutig in seinem Gutachten auf Seite 16, Absatz 6, letzter Satz festgehalten. Auch von Dr. med. I. _____ werde das in seiner Stellungnahme vom 4. März 2015 in diesem Sinn in Absatz 3 erwähnt. Zu den Begründungen betreffend Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. O. _____ Folgendes fest: Schulter: Der Funktionseinschränkung der mehrfach operierten linken Schulter mit Zeichen der Omarthrose werde in der Verweistätigkeit dahingehend Rechnung getragen, dass keine Gewichte über 10kg sowie auch keine Tätigkeiten über der Horizontalen ausgeübt werden könnten. In der rechten Schulter werde weder durch Dr. med. H. _____ noch durch Dr. med. I. _____ eine relevante klinische oder radiologisch einschränkende Pathologie beschrieben. Die kürzlich durchgemachte Schulter luxation werde auch in der Verweistätigkeit mit der Bewegungslimite und der Gewichtseinschränkung

berücksichtigt. Der Hinweis, dass die Schulter voraussichtlich bald operiert werden könnte, reiche nicht aus, um das Zumutbarkeitsprofil neu zu formulieren. Hüfte: In der Untersuchung der Hüfte seien, wie oft in der Medizin, leicht abweichende Bewegungsamplituden und Befunde aufgeführt. Dennoch könne, auch bei Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde und der Angabe eines Hüftimpingements von Dr. med. I._____, die Verweistätigkeit mit wechselbelastenden Körperhaltungen und leichtgradigen Arbeiten, das heisse ohne Heben und Tragen von Gewichten über 5kg, zugemutet werden. Dem habe auch Dr. med. I._____ in seiner Stellungnahme vom 28. Januar 2015 zugestimmt. Knie: Die Diagnose der Gonarthrose werde von Dr. med. H._____ ebenfalls gestellt und stehe nicht im Widerspruch zu der klinischen Untersuchung mit normalen Befunden. Der Bericht der Kniearthroskopie sei auch in der Beurteilung auf Seite 17 des Gutachtens berücksichtigt. Diese Gonarthrose werde wiederum in der Verweistätigkeit berücksichtigt mit der wechselbelastenden und gewichtsreduzierten Tätigkeit. Der Hinweis von Dr. med. I._____, dass bei zunehmenden Arthrosebeschwerden eine Knie-TP implantiert werden müsse, reiche nicht aus, um das Zumutbarkeitsprofil zu ändern, da nach einem solchen Eingriff in der Regel bei dieser Verweistätigkeit maximal eine Arbeitsunfähigkeit von drei Monaten zu erwarten sei. Adipositas: Die Adipositas per se hätten Dr. med. H._____ und Dr. med. I._____ dahingehend berücksichtigt, dass sich der Beschwerdeführer damit körperlich bereits belaste, diese werde aber insgesamt als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Übereinstimmend werde auch erklärt, dass mittelschwere und schwere Tätigkeiten, zu der auch die angestammte Tätigkeit als ... zähle, nicht mehr ausgeübt werden könnten. Damit könne auf das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 4. Dezember 2014 abgestellt werden.

4.

4.1 Die Gutachten der Begutachtungsstelle G._____ vom 6. Mai bzw. 5. Juni 2013 (act. IIa 248.1, 249.1) inklusive Ergänzung vom 13. September 2013 (act. IIb 259) und von Dr. med. H._____ vom 4. Dezember 2014 (act. IIb 290.1) inklusive Ergänzung vom 16. Februar 2015 (act. IIb

299) erfüllen die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6 hiervor). Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben, zudem sind sie in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und enthalten begründete Schlussfolgerungen. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) kann im Übrigen nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____ als nicht schlüssig erachtet; die erneute Begutachtung durch Dr. med. H. _____ wurde einzig wegen der vom RAD festgestellten zwischenzeitlich eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung angeordnet (act. IIb 281). Den erwähnten Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu, womit auf diese abgestellt werden kann.

4.2 In psychischer Hinsicht konnte gutachterlich lediglich eine Dysthymie (bestehend von etwa 2004 bis November 2012) diagnostiziert werden (act. IIa 248.1/31), welche nicht invalidisierend ist (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Für das Leistungsprofil massgebend sind somit die organischen Gesundheitsschäden.

4.3 Dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... seit vielen Jahren nicht mehr ausüben kann (vgl. u.a. Bericht zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. Oktober 2004 [act. II 17/4 – 6] ist unbestritten. Weder die Gutachter der Begutachtungsstelle G. _____ noch Dr. med. H. _____ gaben eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab (vgl. act. IIa 248.1/32; act. IIb 290.1/17 f.). Gemäss Angaben der Hausärztin Dr. med. K. _____ war der Beschwerdeführer jedoch vom 1. Januar 2007 bis zur Abklärung in der E. _____ ab dem 21. Juni 2010 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Bericht vom 10. August 2011 [act. IIa 200], vgl. auch die Berichte vom 5. Januar 2009 [act. II 102/2] und 9. Februar 2010 [act. IIa 128/3]). In diese Zeit fielen zwei Schulteroperationen (31. Januar 2007 und 3. April 2009) und eine Hüfttotalprothesenoperation (28. September 2008), wobei der Beschwerdeführer laut Dr. med. K. _____ nach jeder Operation je vier Monate zu 100 % arbeitsunfähig war (act. IIa 200; vgl. auch den

Bericht von Dr. med. L. _____ vom 13. September 2011 [act. IIa 207]). Die medizinische Nachvollziehbarkeit der Angaben von Dr. med. K. _____ (act. IIa 200) und von Dr. med. L. _____ (act. IIa 207) wurde durch die RAD-Ärztin Dr. med. P. _____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, bestätigt (act. IIa 217/2). Laut dem Bericht vom 25. August 2010 über die in der E. _____ ab dem 21. Juni 2010 durchgeführte arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung war der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig mit einer Leistungseinschränkung von zirka 20 % (act. IIa 158/10). Auch später wurde dem Beschwerdeführer keine höhere Arbeitsunfähigkeit (bzw. teilweise gar wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit) attestiert (vgl. Berichte von Dr. med. K. _____ vom 2. April und 10. August 2012 [act. IIa 230, 239]). In der Folge stellte der Gutachter Dr. med. H. _____ bei grundsätzlich möglicher vollzeitlicher Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20% fest, worauf abzustellen ist (vgl. E. 3.2.5 und 4.1 hiervor). Ob die Arbeitsfähigkeit allenfalls seit Dezember 2012 90 % (ohne zusätzliche Leistungseinbusse; vgl. E. 3.2.3 hiervor) beträgt, kann offen bleiben, da im Vergleich zu einer vollzeitlichen Tätigkeit mit einer 20 %-igen Leistungseinbusse ein tieferer Invaliditätsgrad resultieren und sich am Ergebnis nichts ändern würde. Die anderslautende Einschätzung von Dr. med. I. _____ vom 28. Januar und 4. März 2015 (act. IIb 294/6, 301/3) ändert daran nichts. Ob Dr. med. H. _____ die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms zu Recht gestellt hat oder nicht, ist für die Bemessung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nicht relevant (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), was Dr. med. I. _____ denn auch einräumt (act. IIb 301/3). Wie der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ zudem richtig erwähnt (act. IIb 304/5), hat auch Dr. med. H. _____ explizit festgehalten (act. IIb 290.1/16), dass die Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht von der „Etikette“ des Hypermobilitätssyndroms, sondern von den jeweiligen Befunden an den Gelenkstrukturen abhängig sei. Bei der Einschätzung einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50 % stellt Dr. med. I. _____ ausserdem im Wesentlichen auf die Angaben des Beschwerdeführers selber ab (act. IIb 294/8), was nicht massgebend ist. Hinsichtlich des Schlaf-Apnoe-Syndroms hält die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ fest, dass dieses keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

hat (act. IIb 267/2), was angesichts der diesbezüglichen Arztberichte nicht zu beanstanden ist (act. IIb 265).

Die gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. H._____ werden schliesslich vom RAD-Arzt Dr. med. O._____ bestätigt (act. IIb 304/5 f.). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er habe von Dr. med. H._____ einen schlecht vorbereiteten Eindruck gehabt (Beschwerde S. 6), ist dem entgegenzuhalten, dass Dr. med. H._____ explizit auf seine Vorbereitungszeit von 300 Minuten für die Begutachtung hingewiesen hat (act. IIb 290.1/11 unten). Zum Einwand, wonach Dr. med. H._____ aufgrund der im Gutachten gemachten Feststellungen eines limitierten Engagements als krankheitsfremder Faktor und einer längerdauernden Arbeitsabstinenz den völlig unbegründeten Verdacht einer geringen Arbeitsmotivation gehegt habe, ist festzuhalten, dass Dr. med. H._____ hinsichtlich des limitierten Engagements auf den Abklärungsbericht der D._____ vom 9. Mai 2005 (act. II 41) Bezug genommen hat und der Beschwerdeführer tatsächlich mehrere Jahre keiner Arbeit nachgegangen ist (act. IIa 248.1/4 unten). Hinsichtlich des Vorwurfes, Dr. med. H._____ habe dem Übergewicht des Beschwerdeführers eine viel zu grosse Bedeutung beigemessen (Beschwerde S. 6 f.), kann auf die Ausführungen des RAD-Arztes Dr. med. O._____ verwiesen werden (act. IIb 304/6), wonach sowohl Dr. med. H._____ als auch Dr. med. I._____ die Adipositas per se dahingehend berücksichtigt hätten, dass sich der Beschwerdeführer damit körperlich bereits belaste, diese aber insgesamt als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt worden sei (vgl. act. IIb 290.1/11).

Weiter kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass gemäss dem E._____ -Bericht vom 12. Dezember 2011 bzw. 7. Februar 2012 (act. IIa 218, 225) ein in der Arbeitspraxis realistisches Pensum bei angepasster Tätigkeit bei 80 %, die effektive Leistungsfähigkeit bei 56 % liege, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn die Beschwerdegegnerin hat, wie dies gemäss Rechtsprechung (SVR 2013 IV Nr. 6 S. 15 E. 2.3.2; Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2) bei offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zwischen der medizinischen Einschätzung und einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung

bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, verlangt wird, eine klärende medizinische Stellungnahme bzw. das Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____ eingeholt (vgl. act. IIa 241). Darin wurde festgehalten, aufgrund der vorliegenden Befunde könne die von der E. _____ notierte effektive Leistungsfähigkeit nicht nachvollzogen werden (act. IIa 248.1/32).

4.4 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Dem Beschwerdeführer ist folglich eine leidensangepasste Tätigkeit in einem 100 %-Pensum mit einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar (vgl. IIb 290.1/18). Nachfolgend ist somit der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu bestimmen.

5.

5.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

5.1.1 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).

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

5.1.3 Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.2 Der Einkommensvergleich hat auf den frühestmöglichen Rentenbeginn hin zu erfolgen (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung der am 7. August 2008 (act. II 85) erfolgten Neuanmeldung kann der Einkommensvergleich auf Anfang Februar 2009 hin vorgenommen werden (vgl. E. 2.4 hiavor).

5.2.1 Nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen in der Beschwerdeantwort, S. 3, auf die Lohnangaben der C._____ (act. II 87/16) abstellt, da der Beschwerdeführer diese Stelle aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (act. II 5/9 und 18), und dabei ausgehend von den Zahlen für das Jahr 2008 von Fr. 5'035.-- monat-

lich zu Gunsten des Beschwerdeführers für das Jahr 2009 ein Einkommen von Fr. 5'200.-- monatlich bzw. Fr. 62'400.-- jährlich (12 x Fr. 5'200.--) annimmt.

5.2.2 Das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Zahlen zu ermitteln, da der Beschwerdeführer mit der Arbeit bei der F._____ in einem 50 %-Pensum (act. IIb 285) die ihm zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht voll ausschöpft (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Auszugehen ist, wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 2, zutreffend ausgeführt, von der LSE 2008, Tabelle TA1, Total, Männer, Anforderungsniveau 4, im Betrag von monatlich Fr. 4'806.-- und jährlich Fr. 57'672.--. Indexiert auf das Jahr 2009 resultiert ein Betrag von Fr. 58'880.-- (Nominallohnindex Männer 2006 – 2010, Tabelle T1.1.05, Total, Index Jahr 2008: 105.0 Punkte; Index Jahr 2009: 107.2 Punkte); die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2009 im Abschnitt Total von 41.6 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 61'235.-- (Fr. 58'880.-- : 40 h x 41.6 h). Unter Berücksichtigung der im Gutachten von Dr. med. H._____ vom 4. Dezember 2014 attestierten 20 %-igen Leistungsmin- derung (act. IIb 290.1/18) – sowie unter der Annahme zu Gunsten des Be- schwerdeführers, dass diese Einschränkung bereits im Jahr 2009 bestand, was letztlich offen bleiben kann – verbleiben Fr. 48'988.--. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10) kann vorliegend nicht ein maximaler behinderungsbedingter Abzug von 25 % gewährt wer- den. Mit Blick auf die diesbezüglich gemäss Rechtsprechung (vgl. E. 5.1.3 hiervor) relevanten Merkmale (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte 15 %-ige Abzug vom Tabellen- lohn im Rahmen des ihr zustehenden Ermessens nicht zu beanstanden, so dass ein Invalideneinkommen von Fr. 41'640.-- resultiert (Fr. 48'988.-- x 0.85). Im Übrigen kann das vom Beschwerdeführer ermittelte wesentlich tiefere Invalideneinkommen von Fr. 22'878.-- (Beschwerde S. 10) schon deshalb nicht zutreffen, weil er jedenfalls bis Juli 2014 ein Jahreseinkom- men von Fr. 31'200.-- realisiert hat (act. IIb 285).

5.3 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichsein- kommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von ge-

rundet 33 % ($100 : \text{Fr. } 62'400.-- \times [\text{Fr. } 62'400.-- - \text{Fr. } 41'640.--] = 33.27 \%$;
zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Die
Beschwerde ist demnach abzuweisen.

6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdefüh-
rer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art.
108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss glei-
cher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer
zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in glei-
cher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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