

200 15 507 IV
GRD/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juni 2016

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. April 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 11. Februar 2014 unter Hinweis auf eine komplexe Verletzung der rechten Schulter bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese edierte die Akten der C._____ (AB 6.1, 19.1-19.5, 23.1-23.3, 27.1-27.5) betreffend ein Ereignis vom 31. August 2013 (AB 6.1/57), traf medizinische (AB 24, 29) sowie erwerbliche (AB 7, 12) Abklärungen und stellte mit Vorbescheid vom 12. November 2014 (AB 32) bei einem Invaliditätsgrad von 23 % die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 35, 42, 44, 57) und ergänzenden Erhebungen durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 50 f.) verneinte sie mit Verfügung vom 30. April 2015 (AB 57) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Mit Eingabe vom 1. Juni 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Invalidenversicherungsleistungen, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen. Im Sinne eines Beweisantrags ersuchte er zudem um Einholung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens. Am 18. Juni 2015 legte er einen zusätzlichen medizinischen Bericht ins Recht (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) und machte Ausführungen zum mittlerweile als BGE 141 V 281 publizierten Leitentscheid des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. April 2015 (AB 57). Streitig und zu prüfen ist einzig der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit sich das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf weitere (unspezifische) gesetzliche Invalidenversicherungsleistungen bezieht, stehen diese Ansprüche ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes, weshalb darauf nicht einzutreten ist.

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 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 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 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die erstbehandelnden Ärzte im Spital D. _____ (AB 6.1/57 Ziff. 11, 6.1/28 f.) diagnostizierten hauptsächlich eine Ruptur der Rotatorenmanschette (RM) mit kompletter Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne an der rechten Schulter (AB 6.1/33-36). Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte am 24. Oktober 2013 eine arthroskopische, mini-open Teilrekonstruktion der beiden Sehnen durch (AB 6.1/31 f.). Im Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 24. bis 29. Oktober 2013 (AB 6.1/35 f.) beschrieb er einen komplikationslosen peri- bzw. postoperativen Verlauf und attestierte vom Spitaleintritt bis zum 4. Dezember 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (AB 6.1/39, 6.1/36).

Anlässlich der Nachkontrolle vom 4. Dezember 2013 klagte der Beschwerdeführer über deutliche Schmerzen und Bewegungseinschränkungen (AB 6.1/22). In der Folge reduzierten sich die Schmerzen zwar, es persistierte jedoch eine deutliche Bewegungseinschränkung sowie ein deutliches Kraftdefizit (AB 19.3/8). In einer bildgebenden Untersuchung vom 16. Januar 2014 zeigte sich eine Rezidivruptur (AB 19.3/9 f., 19.3/7), worauf Dr. med. E. _____ im März 2014 zur Verbesserung der Situation auf die Möglichkeit einer Arthrolyse hinwies, was der Beschwerdeführer jedoch ablehnte (AB 19.3/4). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde durchgehend und bis auf weiteres bescheinigt (AB 6.1/12, 6.1/18, 6.1/23 f., 19.3/6).

3.1.2 Im Konsiliarbericht der Klinik F. _____ (Spital G. _____) vom 6. Februar 2014 (AB 19.3/2 f.) erklärte PD Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die RM-Reruptur sei etwas kleiner als die ursprüngliche Ruptur und die Sehnen seien weniger stark retrahiert als vor dem Eingriff. Es bestehe eine Chance für eine offene RM-Rekonstruktion, Voraussetzung für eine erfolgreiche Reinsertion seien jedoch eine absolute Nikotinabstinenz, eine Abduktionsschiene in etwa 60° Abduktion sowie eine gute Compliance. Sollte sich intraoperativ zeigen, dass die Sehnen nicht mehr refixiert wer-

den könnten, wäre ein Latissimus dorsi Transfer (Versetzen eines Muskels vom rückwärtigen körpernahen Oberarm zum Oberarmkopf) möglich, allerdings sei auch dazu ein vollständiger Verzicht auf Zigaretten notwendig.

3.1.3 Gestützt auf eine Untersuchung vom 1. Mai 2014 empfahl der C._____-Kreisarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, im Bericht vom 2. Mai 2014 (AB 19.2/3-5), den Beschwerdeführer zur Beurteilung an Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zu überweisen. Der Kreisarzt betrachtete den Beschwerdeführer weiterhin als arbeitsunfähig, wobei gewisse Arbeiten – vor allem bis etwa auf Lendenhöhe und ohne Abspreizen des rechten Arms – durchgeführt werden könnten. Gewichte von fünf bis zirka acht Kilogramm könnte der Beschwerdeführer so heben; bis zur Brusthöhe betrage das Hebelimit etwa fünf Kilogramm. Verrichtungen, bei denen der rechte Arm abgespreizt werden müsse oder über Schulterhöhe, seien dem rechtsdominanten Beschwerdeführer hingegen nicht zumutbar. Im Unfallschein vermerkte Dr. med. I._____ eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 19.1/8, 23.1/4).

3.1.4 Am 6. Mai 2014 nahm Dr. med. E._____ zum Konsiliarbericht von Dr. med. H._____ Stellung (AB 19.3/1). Der Erstere gab an, momentan seien seinerseits keine weiteren Massnahmen vorgesehen. Bezüglich der von Dr. med. H._____ angesprochenen Nikotinabstinenz habe der Beschwerdeführer angegeben, es sei ihm nicht möglich, mit dem Rauchen aufzuhören.

3.1.5 Prof. Dr. med. J._____ diagnostizierte im Bericht vom 8. August 2014 (AB 27.3/1) nebst der bekannten RM-Reruptur aktuell eine Pseudoparalyse sowie ventrale Deltoideusatrophie und hielt als Zusatzdiagnose einen Nikotinabusus fest. Er wies darauf hin, dass die Heilungswahrscheinlichkeit stark kompromittiert sei, obschon die RM technisch möglicherweise reinsertiert werden könnte. Es bestehe schon eine deutliche Chronifizierung und insgesamt wäre eine operative Behandlung mit einer sehr hohen prognostischen Unsicherheit behaftet. Im Unfallschein trug er ab der Konsultation vom 6. August 2014 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ein (AB 27.1/11).

3.1.6 Der Hausarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 28. August 2014 (AB 24) nebst der rechtsseitigen Schulterproblematik folgende weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Verdacht auf seit Oktober 2013 bestehende rezidivierende zerebrovaskuläre Insulte
- Tinnitus, erstdiagnostiziert im Dezember 2008
- chronisch-rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom bei Status nach Mikrodiskektomie auf Stufe C6/7, bestehend seit März 1995
- chronische Rückenschmerzen seit Januar 2007
- Fussbeschwerden
- Status nach Einsatz einer Hüft-Totalendoprothese (TEP) links im August 2006

Dr. med. K. _____ attestierte eine seit 31. August 2013 durchgehende und bis auf weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne mit der rechten Hand keine Gewichte mehr heben, die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsgepasste Tätigkeit (ohne die dominante rechte Hand) sei hingegen prinzipiell ganztags möglich.

3.1.7 Im Bericht vom 7. Oktober 2014 (AB 27.2/1-4) über die am Vortag durchgeführte kreisärztliche Abschlussuntersuchung gab Dr. med. I. _____ an, der rechte Arm könne bis zirka zur Lendenhöhe eingesetzt werden, wobei der Beschwerdeführer Gewichte von fünf bis acht Kilogramm heben und tragen könne. Der Oberarm dürfe aber nicht abgespreizt werden, denn dergestalt könnten nur noch wenige 100 Gramm gehoben werden. Bis zur Brusthöhe betrage das Hebelimit zirka vier bis fünf Kilogramm. Tätigkeiten darüber und über Schulterhöhe seien nicht mehr zumutbar.

3.1.8 In ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2014 (AB 29) ordnete die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einzig die Schulterbeschwerden den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Sie attestierte für eine leidensadaptierte Tätigkeit drei Monate nach der Schulteroperation, also ab 24. Januar 2014, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung.

In Kenntnis zusätzlich eingelangter medizinischer Unterlagen (AB 48) untersuchte Dr. med. L. _____ den Beschwerdeführer am 5. März 2015. Im Untersuchungsbericht vom 16. März 2015 (AB 51, 53 f.) führte sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Status nach Autoselbstunfall vom 24. September 1986 mit nachfolgenden Nackenproblemen und rechtsseitiger Zervikobrachialgie
- Status nach Diskushernie auf Stufe C6/7 mit:
 - Mikrodisektomie C6/7 und interkorporelle Spondylodese mit autologem Beckenkammspan und Titanverriegelungsplatte durch sinistro-anterioren Zugang am 15. März 1995
- Status nach Einsatz einer Hüft-TEP links im August 2006 bei kongenitaler Hüftluxation
- Prellung der Schulter rechts am 31. August 2013 mit/bei:
 - Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit Retraktion
 - Status nach Schulter-Arthroskopie, mini-open Teilrekonstruktion der Infra- und Supraspinatussehne transossär rechts am 24. Oktober 2013
 - Aktuell: Verdacht auf Re-Ruptur mit muskulärer Einschränkung der Abduktion und Rotation sowie ventraler Luxation des Schultergelenks

Zusammenfassend gelangte die RAD-Ärztin zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich anspruchsvolle Tätigkeit wegen der objektiven Gesundheitsschäden nicht mehr zuzumuten sei. In einer angepassten Tätigkeit (wechselbelastende Arbeiten ohne Einsatz des rechten Arms über Lendenhöhe und Heben bzw. Tragen von Lasten über acht Kilogramm, ohne Abduktion des rechten Arms, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern, ohne dauerndes Treppensteigen, ohne Überkopfarbeit und ohne Armeinsatz rechts über Brusthöhe mit Heben bzw. Tragen von mehr als fünf Kilogramm) sei hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben; es könne weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil der C. _____ abgestellt werden.

3.1.9 Im Bericht vom 5. Juni 2015 (BB 4) diagnostizierte der vom Hausarzt konsiliarisch beigezogene PD Dr. med. M. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, im Zusammenhang mit der traumatischen Schulterschmerzproblematik aktuell einen Ausriss der ventralen Portion des Musculus deltoideus mit konsekutivem Humeruskopfhochstand und ausgeprägter glenohumoraler Dysfunktion. Als weitere Diagnosen vermerkte er Polyarthrosen, ausgeprägte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS), Hepatitis C Genotyp IB mit zirrhotischem Umbau sowie einen Verdacht auf rezidivierende zerebro-vasculäre

Insulte. Er vertrat die Auffassung, dass das Hauptproblem an der rechten Schulter wahrscheinlich nicht die defekte RM, sondern der Defekt im Deltoid darstelle.

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

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2015 (AB 57) auf den Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin vom 16. März 2015 (AB 51). Die entsprechende Beurteilung von

Dr. med. L. _____ erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (E. 3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Sie führte eine klinische Exploration durch und gelangte unter Mitberücksichtigung der Anamnese sowie den bildgebenden (AB 58) und labortechnischen (AB 54) Befunden zu nachvollziehbaren und überzeugenden Schlussfolgerungen. Ihre Einschätzung korreliert zudem bezüglich der im Vordergrund stehenden rechtsseitigen Schulterverletzung auch mit jener des C. _____-Kreisarztes bzw. was die weiteren Beschwerden anbelangt, mit jener des Hausarztes. Dr. med. I. _____ postulierte eine medizinisch-theoretische uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (AB 27.2/3 f.) und Dr. med. K. _____ vertrat die Auffassung, dass sein Patient in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne Beteiligung der rechten Hand prinzipiell ganztags arbeiten könne (AB 24/4 Ziff. 1.7). Die seitens des Beschwerdeführers an der fachärztlichen Einschätzung von Dr. med. L. _____ erhobene Kritik verfängt nicht:

3.3.1 Der Beschwerdeführer rügt vorab, die Beschwerdegegnerin habe seine «verfahrensmässigen Teilnahmerechte» verletzt, indem sie keinen formellen Entscheid über die beantragte polydisziplinäre Begutachtung gefällt und stattdessen eine RAD-Untersuchung durchgeführt habe (Beschwerde S. 5 Ziff. 4). Die Partizipationsrechte gemäss BGE 137 V 210 betreffen jedoch allein die rechtstechnischen Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG und sind bei versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen nicht anwendbar (vgl. BGE 136 V 117; 135 V 465 E. 4.2 S. 468; 135 V 254 E. 3.4 S. 258 f.). Zudem besteht im Verfahren um Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen nach wie vor kein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung (BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff.; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Oktober 2013, 8C_815/2012, E. 3.2.2). Die Verwaltung hat zwar eine selbständig anfechtbare Zwischenverfügung zu erlassen, wenn sie gegen den Willen des Versicherten eine externe Begutachtung anordnen will (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256), nicht aber im umgekehrten Fall, wenn sie eine solche entgegen der Ansicht des Versicherten nicht für erforderlich hält.

3.3.2 Dass Dr. med. L. _____ auch den allgemeininternistischen Status erhob, ohne über einen zusätzlichen Facharzttitel für Allgemeine Innere

Medizin zu verfügen (Beschwerde S. 5 Ziff. 5), ist unerheblich. Aufgrund der Fachkompetenz in ihrer spezialärztlichen Disziplin und nach Vorliegen entsprechender Vorakten war sie durchaus in der Lage, die medizinische Situation rechtsgenügend zu beurteilen. Dies zumal hinsichtlich der rezidivierenden zerebrovaskulären Insulte bloss eine Verdachtsdiagnose vorlag und der Beschwerdeführer den Tatbeweis erbrachte, dass er trotz den seit Jahren vorbestehenden weiteren Beeinträchtigungen vollschichtig erwerbstätig sein konnte. Die medizinische Aktenlage zeigt denn auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die nicht den Bewegungsapparat betreffenden Gesundheitsschäden einer ganztägigen Arbeitstätigkeit entgegenstehen könnten; selbst Dr. med. K._____ ging diesbezüglich von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit aus (AB 24/4 Ziff. 1.7).

3.3.3 Inhaltlich hat sich die RAD-Ärztin umfassend mit sämtlichen relevanten Gesichtspunkten auseinandergesetzt (Beschwerde S. 5 Ziff. 6 und S. 7 Ziff. 10). In dem von ihr formulierten Zumutbarkeitsprofil wurden neben den rechtsseitigen Schulterbeschwerden auch die degenerativen Veränderungen an der HWS sowie die prothetische Versorgung des linken Hüftgelenks berücksichtigt, indem beispielsweise das Arbeiten auf bzw. Besteigen von Gerüsten, Leitern und Dächern, das dauernde Treppensteigen und Überkopparbeiten als unzumutbar qualifiziert wurde (AB 51/10). Miteinbezogen wurde dabei offensichtlich auch der Umstand, dass die Hüftluxation bereits kongenital bestand und weder die TEP noch die Hals- bzw. Nackenbeschwerden den Beschwerdeführer hinderten, seiner bisherigen Arbeit vollschichtig nachzugehen. Dasselbe gilt selbstredend gleichermassen für die übrigen Gesundheitsschäden, welche von vornherein den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet wurden. Insbesondere ist die nephrologische bzw. hepatologische Situation stabil und die entsprechende Problematik wurde auch vom Hausarzt als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewertet (AB 24/2 Ziff. 1.1, 48/3 Ziff. 2). Eine Divergenz zu Dr. med. K._____ ergibt sich einzig bezüglich der Folgenabschätzung der Schulterbeschwerden rechts, wobei dessen Bericht vom 28. August 2014 (AB 24) – auch mit Blick auf die einleuchtenden Schlussfolgerungen von Dr. med. I._____ – nicht geeignet ist, Zweifel an der differenzierten Beurteilung von Dr. med. L._____ zu begründen. So legte der Hausarzt nicht überzeugend dar, weshalb die rechte (dominante)

Hand gänzlich unbrauchbar sei (AB 24/4 Ziff. 1.7) und nicht zumindest als Zudien- bzw. Hilfshand eingesetzt werden könnte.

3.3.4 Dr. med. L. _____ verwies auf das vom C. _____-Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 27.2/3 f.) und erklärte explizit, auf dieses könne abgestellt werden (AB 50/2). Dass die von ihr selbst ausgearbeiteten (komplementären) Anforderungen an eine Verweisungstätigkeit geringfügig abweichen (Beschwerde S. 6 Ziff. 7), ist auf den Einbezug der unfallfremden orthopädischen Zusatzbeschwerden zurückzuführen und insofern korrekt. Selbst wenn das RAD-Zumutbarkeitsprofil nicht als Ergänzung desjenigen des C. _____-Kreisarztes zu verstehen wäre, würde sich im Ergebnis nichts ändern: Beide erlauben medizinisch-theoretisch eine volle Präsenzzeit ohne Leistungseinschränkungen, die marginalen Unterschiede würden sich im Invalideneinkommen nicht niederschlagen.

3.3.5 Sodann ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin das Bestehen einer Schmerzstörung hätte in Betracht ziehen sollen (Beschwerde S. 6 Ziff. 8), ergeben sich doch aus der gesamten medizinischen Aktenlage nicht die geringsten Hinweise darauf, dass ein psychisches Krankheitsbild bzw. ein psychosomatisches Geschehen vorliegen könnte. Damit erübrigen sich auch Weiterungen zur Frage der Überwindbarkeit derartiger Beschwerden und der diesbezüglichen Entwicklung der Rechtsprechung (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 8 f.; Eingabe vom 18. Juni 2015 S. 2 f. Ziff. 1-4).

3.3.6 Schliesslich ist auch der Bericht von PD Dr. med. M. _____ vom 5. Juni 2015 (BB 4) – der auf einer ausserhalb des gerichtlichen Überprüfungszeitpunktes (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) stattgehabten Konsultation beruht – nicht geeignet, den Beweiswert der RAD-Beurteilung zu erschüttern. Wie dargelegt, berücksichtigte Dr. med. L. _____ das gesamte Beschwerdebild. Der Umstand, dass der Rheumatologe hinsichtlich der Schulterbeschwerden eher den Defekt im Deltoid als jenen der RM als Ursache für die Schulterbeschwerden betrachtete, ist belanglos. Denn im vorliegenden Kontext ist nicht primär die Ätiologie der Schulterbeschwerden entscheidend, sondern deren Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen. Die RAD-Ärztin hat im Rahmen der klinischen Untersuchung – ebenso wie der C. _____-Kreisarzt

(AB 27.2/3 Ziff. 4) – anhand der Neutral-Null-Methode das noch mögliche Bewegungsspektrum der rechten oberen Extremität sorgfältig geprüft (AB 53/2) und die Dres. med. L. _____ und I. _____ hatten zudem aufgrund des Konsiliarberichts von Prof. Dr. med. J. _____ (AB 27.3/1) auch Kenntnis von der Atrophie des ventralen Musculus deltoideus (Eingabe vom 18. Juni 2015 S. 3 Ziff. 5).

3.4 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdegengerin zu Recht auf die RAD-Beurteilung von Dr. med. L. _____ stützte. Es besteht damit nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Für weitere medizinische Erhebungen besteht kein Anlass, insbesondere erübrigt sich das Einholen des beantragten Gerichtsgutachtens (Beschwerde S. 2 Ziff. 2; Eingabe vom 18. Juni 2015 S. 2 f. Ziff. 4; sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

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

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 ver-

gleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

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

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

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

4.2

4.2.1 Das bisherige Arbeitsverhältnis wurde aufgrund des Berufsunfalls aufgelöst (AB 23.3) und würde im hypothetischen Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterbestehen. Die Beschwerdegegnerin hat für den massgebenden frühestmöglichen Rentenbeginn im Jahr 2014 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 IVG) das Valideneinkommen deshalb richtigerweise anhand des im letzten Arbeitsverhältnis gemäss IK-Auszug (AB 7/5) erzielten Jahresverdienstes ermittelt (AB 57/2). Vor der Arbeitsniederlegung zufolge des Unfallereignisses vom 31. August 2013 (AB 2/5 Ziff. 6.3, 6.1/57 Ziff. 4) bezog der Beschwerdeführer im Jahr 2012 ein Jahreseinkommen von Fr. 76'414.-- (AB 7/5). Aufindexiert auf das Jahr 2014 ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 77'769.-- ($\text{Fr. } 76'414.-- / 101.5 \times 103.3$ [BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Wirtschaftszweige Ziff. 10-33, Index 2012 bzw. 2014]). Dies entspricht in etwa den Angaben der letzten Arbeitgeberin, wobei diese gegenüber der Invalidenversicherung für das Jahr 2014 einen Grundlohn von Fr. 5'030.-- (AB 12/4 Ziff. 2.11) und gegenüber der Unfallversicherung einen solchen von Fr. 5'000.-- (AB 19.4/2) zuzüglich 13. Monatslohn und unveränderter Schichtzulage von Fr. 1'073.35 (AB 6.1/57 Ziff. 12) angab, was zu einem Jahreslohn von höchstens Fr. 78'280.-- ($[\text{Fr. } 5'030.-- \times 13] + [12 \times \text{Fr. } 1'073.35]$) führen würde. Die marginale Differenz wirkt sich im Ergebnis nicht aus, aufgrund der diskrepanten Angaben der bisherigen Arbeitgeberin erscheint das Abstellen auf den IK-Auszug (AB 7/5) hier indes zuverlässiger.

4.2.2 Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft die medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht aus (AB 27.4/2), weshalb die Beschwerdegegnerin sich zulässigerweise auf die statistischen Werte der LSE stützte. Anhand der Totalwerte der LSE 2012 ergibt sich ein hypothetischer Jahreslohn von Fr. 66'138.-- ($\text{Fr. } 5'210.-- [\text{BFS, LSE 2012, Männer, Total, Kompetenzniveau 1}] \times 12 \text{ Monate} / 40 \text{ Wochenarbeitsstunden} \times 41.7 \text{ Wochenarbeitsstunden} [\text{BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit \{BUA\}, Total 2014}] / 101.7 \times 103.2$ [BFS, Tabelle T.1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2012 bzw. 2014]).

Der Beschwerdeführer bestreitet die Zulässigkeit der Anwendung der LSE 2012, da der entsprechende Betrag nicht den bisherigen «anforderungs-niveauunterteilten» Tabellenlöhnen entspreche und nicht nur teuerungsbewingte bzw. nominallohnerhöhende Faktoren Eingang in diesen Wert gefunden hätten (Beschwerde S. 8 Ziff. 12). Wohl hat das Bundesgericht im Zusammenhang mit dem IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) unlängst festgestellt, dass der Übergang von der LSE 2010 zur LSE 2012 zu einem «Serienbruch» geführt habe und die Veränderungen nicht mit der Lohnentwicklung 2010 bis 2012 übereinstimmten. Indes hat es lediglich für Revisionsfälle Einschränkungen für die Verwendung der LSE 2012 festgelegt (vgl. Entscheid des BGer vom 4. April 2016, 9C_632/2015, E. 2.5.3.1 und E. 2.5.8.1 [zur Publikation vorgesehen]). Vorliegend geht es hingegen um eine erstmalige Berentung, womit nicht frühere Vergleichseinkommen neueren gegenübergestellt werden müssen und sich damit die entsprechende Inkongruenz nicht auswirkt.

Nicht begründet ist die weitere Rüge des Beschwerdeführers, wonach ihm nur noch Tätigkeiten im Dienstleistungsgewerbe (z.B. leichte Botengänge) offen stünden und demgemäss auf das Total dieses Sektors bzw. auf die Löhne des Kurierdienstwesens abzustellen sei (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 13 f.). Das medizinische Zumutbarkeitsprofil schliesst weder (leichte) handwerkliche Verrichtungen aus noch werden die möglichen Tätigkeiten auf den Dienstleistungssektor beschränkt. Richtigerweise ist deshalb vom Totalwert sämtlicher Wirtschaftszweige auszugehen (vgl. SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen von 10 % zugelassen (AB 57/2), was der Beschwerdeführer angesichts seines fortgeschrittenen Alters und der faktischen Einarmigkeit als ungenügend erachtet (Beschwerde S. 9 Ziff. 15 f.). Auch hier gilt es wiederum darauf hinzuweisen, dass die rechte Hand – entgegen der Ansicht des Hausarztes – nach der Beurteilung der Dres. med. L. _____ und I. _____ weiterhin nutzbringend eingesetzt werden kann (vgl. E. 3.3 hiavor) und nicht eine funktionelle Einarmigkeit vorliegt. Mit dem gewährten Abzug von 10 % hat die Beschwerdegegnerin dem fortgeschrittenen Alter des Beschwerdeführers zudem hinreichend Rechnung getragen. Un-

ter weiteren Aspekten wäre kein zusätzlicher Abzug zuzulassen, insbesondere ist dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganztägige Präsenzzeit möglich und zumutbar; selbst wenn dabei eine Leistungseinschränkung bestünde (was hier gerade nicht zutrifft), wäre kein Abzug wegen Teilzeitarbeit zuzulassen (vgl. Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 E. 9.2). Ein Eingreifen in das pflichtgemäss ausgeübte Ermessen der Beschwerdegegnerin rechtfertigt sich nicht. Das Invalideneinkommen beträgt damit Fr. 59'524.-- (Fr. 66'138.-- ./ 10 %).

4.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein abgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad von 23 % ($[(\text{Fr. } 77'769.-- \text{ ./ Fr. } 59'524.--)] / \text{Fr. } 77'769.-- \times 100$). Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch damit zu Recht, womit die angefochtene Verfügung vom 30. April 2015 (AB 57) nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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