

200 17 164 IV
FUR/GUA/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. März 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Gurtner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt 1972 einen Unfall, der zu einer Lähmung des rechten Arms führte (AB 1.1 S. 86). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) sprach ihm daraufhin berufliche Massnahmen (AB 1.1 S. 61 – 69 und 76 – 80) und eine befristete Rente bis zum Eintritt ins Erwerbsleben zu (AB 1.1 S. 1 - 6).

Am 17. September 2008 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Schulterverletzung links bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (AB 2). Nach Einholung medizinischer Unterlagen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. April 2010 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 22) und wies das Leistungsbegehren mangels Erwerbseinbusse mit Verfügung vom 31. Mai 2010 ab (AB 23).

B.

Mit Neuanmeldung vom 4. März 2015 ersuchte der Versicherte die IVB unter Hinweis auf eine komplexe Schulterverletzung beidseits erneut um Leistungen (AB 25). Nach Beizug der Akten der Unfallversicherung sowie Einholung medizinischer Unterlagen und Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 47 und 52) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Februar 2016 (AB 53) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 57) holte die IVB weitere medizinische Unterlagen und eine erneute Stellungnahme des RAD (AB 76) ein und erliess einen neuen Vorbescheid vom 15. September 2016 (AB 77). Nach erhobenem Einwand (AB 81) und Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD (AB 91) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. Januar 2017 wie angekündigt ab (AB 92).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 13. Februar 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Zudem sei ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten gerichtlich in Auftrag zugeben.

Mit Eingabe vom 10. Mai 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte von Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 25. März 2017 (AB 110 S. 3) und Dr. med. D. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 21. März 2017 (AB 107) zu den Akten.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und verwies dabei auf die neu eingeholte Stellungnahme des RAD vom 23. Mai 2017 (AB 113).

Mit Eingabe vom 7. Juli 2017 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 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 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 auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 92). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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).

2.4

2.4.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.4.2 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.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 4. März 2015 (AB 25) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Hingegen ist zu prüfen, ob zwischen der letzten rentenabweisenden vom Verfügung 31. Mai 2010 (AB 24) und der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 92) eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervoor).

3.1 Der Verfügung vom 31. Mai 2010 (AB 24) lagen die Diagnosen eines rezidiven Impingements der linken Schulter bei einer AC-Gelenkarthrose mit subacromialer Spornbildung, einer rezidiven Läsion der Rotatorenmanschette (Supraspinatus) sowie einer ausgeprägten verschwarteten Bursitis subacromialis zugrunde (AB 11 S. 16). Die Abklärungen der Beschwerdegegnerin hatten ergeben, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit in angepasster Form – ohne Über-Kopf-Arbeiten - wieder in einem Pensum von 100% mit einer Leistungseinschränkung von 10% ausüben konnte (AB 24. S. 1).

3.2 Der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 92) liegt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zugrunde:

3.2.1 Im Bericht vom 13. Februar 2015 diagnostizierte Dr. med. C._____ eine Cuff-Arthropathie rechts sowie eine beginnende Cuff-Arthropathie links bei erneuter Ruptur des Musculus supraspinatus und

infraspinatus nach einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion 2000 und 2008. Beim Heben eines ca. 10 kg schweren Kanisters aus einem Gestell sei es zu einem akuten Ereignis gekommen. Der Beschwerdeführer habe daraufhin ein „Zwicken“ und einen Schmerz in der linken Schulter verspürt und in der Folge Mühe gehabt den Arm zu bewegen. Es sei zu einer starken Exazerbation der Schmerzen gekommen. Aufgrund der MRI-Untersuchung habe sich eine deutliche Progredienz der bereits 2013 festgestellten Reruptur der Rotatorenmanschette gezeigt. Neu sei auch der Infraspinatus betroffen. Aktuell besuche der Beschwerdeführer die Physiotherapie. Die Beweglichkeit sei recht gut, er könne mit der linken Hand den Scheitel erreichen, dies aber auch unter Schmerzen. Eine Kraftentwicklung oberhalb der Schulterebene sei nicht mehr möglich. Rechts sei der Befund gegenüber dem Jahr 2014 nur noch schlimmer geworden. Der Beschwerdeführer könne den Arm kaum mehr auf 80° anheben. Leider sei es zu einer deutlichen Progredienz des jahrelang bestehenden Schulterleidens gekommen (AB 37.4 S. 5).

Weiter diagnostizierte Dr. med. C. _____ im Bericht vom 11. Dezember 2015 neu ein ausgeprägtes Rehabilitationsdefizit bei einem Status nach Implantation einer inversen Schulterprothese links am 16. Juni 2015. Der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen, sei jedoch durch das beidseitige Schulterleiden stark eingeschränkt. Abduktion und Flexion seien stehend bis zu 50° und liegend bis zu 90° möglich. Damit könne eine deutliche Verschlechterung gegenüber den Austrittsbefunden der Rehabilitationsklinik festgestellt werden. Zudem bestehe weiterhin eine massive Atrophie des Musculus deltoideus rechts (AB 50 S. 1).

3.2.2 Im Bericht vom 5. Januar 2016 kam der RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zugemutet werden könne. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten im unteren Bewegungssegment der Schultern beidseits, ohne Bewegungen der oberen Extremitäten mit grossen Hebelkräften, Vibrationen oder Schlägen. Eine ideal angepasste vorwiegend überwachende Tätigkeit könne ganztags mit einer Leistungsminderung von 10-20% wegen vermehrter Pausen zugemutet werden (AB 52 S. 3).

3.2.3 Dr. med. C._____ führte im Bericht vom 22. Januar 2016 (AB 68) aus, postoperativ bestehe ein massives Rehabilitationsdefizit in Form einer Muskelatrophie. Die Abduktion und Flexion seien bis knapp 70° gegen die Schwerkraft möglich, im Liegen bis zu 120°. Auf der rechten Seite sei er durch die Cuff-Arthropathie ebenfalls massiv eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen mehr gehabt und besuche eine Nebentherapie (Klangtherapie). Radiologisch könne festgestellt werden, dass die Prothese gut sitze. Eine Arbeitsaufnahme (auch nur teilweise) sei bei dieser massiven Bewegungseinschränkung in beiden Schultern auch bei einer angepassten Tätigkeit nicht möglich.

3.2.4 Im Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, vom 21. Juni 2016 wurde neu ein Status nach einer Schulterluxation rechts mit Schädigung des Nervus axillaris rechts diagnostiziert (AB 74 S. 4). Der Beschwerdeführer habe im Anschluss an eine Therapiestunde beim Abstützen eine Schulterluxation rechts erlitten, welche er selber eingerenkt habe. Seither habe die Schulterfunktion rechts auch abgenommen. Aktuell stehe zur Diskussion, ob eine zusätzliche Nerven- oder Muskelerkrankung vorliegen könnte, welche den sehr schleppenden postoperativen Verlauf resp. den Verlauf der Schultererholung rechts nach der Luxation erkläre (AB 74 S. 3). Gestützt auf die erhobenen Befunde kam Dr. med. F._____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer beidseits unter einer Deltoideusatrophie leide. Auf der linken Seite handle es sich um eine Inaktivitätsatrophie, wozu die Elektromyographie mit dem kleinamplitudigen Aktivitätsmuster gut passe. Es gebe keine Hinweise auf eine zusätzliche neurogene Schädigung (AB 74 S. 4).

3.2.5 Dr. med. C._____ führte im Bericht vom 3. Juli 2016 aus, es bestehe beidseitig eine massive Bewegungseinschränkung mit einem Unvermögen die Arme über 60° gegen die Schwerkraft anzuheben. Der Beschwerdeführer sei dadurch in der Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Eine Aufnahme der Arbeitstätigkeit sei nicht möglich (AB 74 S. 1 Ziff. 4). Inwieweit sich die Läsion des Nervus axillaris erholen werde, könne momentan nicht beurteilt werden, es sei abzuwarten. Falls sich die Läsion erholen würde, könne auch rechts wegen der Cuff-Arthropathie eine inverse Schulterprothese implantiert werden. Auf der linken Seite sitze die Pro-

these korrekt, der Musculus deltoideus sei jedoch durch die Voroperation und die lange Dauer bis zur Operation zu sehr geschwächt. Eine Therapie sei im Gange. Bezüglich Therapiedauer und –erfolg könne keine Aussage gemacht werden (AB 74 S. 1 Ziff. 9). Die Aufnahme der Tätigkeit als ... sei mit dieser Einschränkung nicht möglich (AB 74 S. 2 Ziff. 11). Eventuell seien kleinere Montagearbeiten, die stundenweise, ohne Kraft und sitzend ausgeführt werden könnten, noch möglich. Ein Endzustand sei aber nicht erreicht worden (AB 74 S. 2 Ziff. 14).

3.2.6 Hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ (ehemals H. _____), Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht vom 25. August 2016 Stellung. Die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. C. _____ zur Arbeitsaufnahme auch in angepasster Tätigkeit erkläre sich nicht aus den beigelegten Befunden, wonach der Beschwerdeführer schmerzfrei sei und beide Schultern bis 70° gegen die Schwerkraft abduzieren könne. Radiologisch werde ein guter Sitz der Prothese konstatiert, sodass eine Umsetzung einer angepassten Tätigkeit gemäss dem im RAD-Bericht vom 5. Januar 2016 erstellten Zumutbarkeitsprofil (AB 52 S. 3) realistisch erscheine. Bei Beginn des Gesundheitsschadens im Oktober 1972 könne, was die funktionelle Ausprägung und somit den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angehe, durchaus von einem Endzustand ausgegangen werden. Bei neurologisch nachgewiesenen Dauerschäden der Muskelinnervation werde es mit keiner bis anhin bekannten Therapie gelingen, eine Verbesserung zu erzielen. Zwischenzeitlich könne nach fast 44 Jahren nach dem Unfall von einer Adaptation der Restfunktionen ausgegangen werden, wie durch die bis 2014 ausgeübte Tätigkeit als ... bewiesen werde. Es handle sich dabei keinesfalls um eine angepasste Tätigkeit ohne Heben und Tragen sowie Arbeiten über Kopf- oder Brusthöhe. Da beim Beschwerdeführer keine kognitiven Einschränkungen oder Beschwerden beim Gehen und Stehen vorlägen, erscheine eine angepasste Tätigkeit mit hauptsächlicher Aufsichtsführung weiterhin zumutbar (AB 76 S. 3)

3.2.7 In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 21. März 2017 führte Dr. med. D. _____ aus, der Beschwerdeführer leide an einer relevanten Funktionseinschränkung beider Arme. Rechts

lägen eine Sensibilitätsstörung und eine Einschränkung der feinmotorischen Fähigkeiten vor. Links leide er an einer Koordinationseinschränkung nach Implantation einer inversen Schulterprothese. Operativ könne die Situation nicht mehr verbessert werden. Die Situation der rechten Schulter bezüglich Rotatorenmanschette und Arthrose sei nicht abgeklärt worden. Bei Schmerzlosigkeit sei jedoch der Zustand zu akzeptieren. Die Implantation einer inversen Prothese wäre bei dem paretischen Arm mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden und die Prognose bezüglich einer Funktionsverbesserung unsicher. Links sei bereits eine inverse Prothese implantiert worden. Aktuelle Röntgenbilder lägen auch auf dieser Seite nicht vor. Die Prothese scheine klinisch stabil zu sein und die Funktion sei im Rahmen des zu Erwartenden (AB 107 S. 2). Bezüglich der beruflichen Integration bleibe zu sagen, dass zum Erhalt der Selbstständigkeit bereits ein grosser zeitlicher Aufwand pro Tag geleistet werden müsse. Leichte Montagetätigkeiten seien aus orthopädischer Sicht bei oben genannten Einschränkungen nicht zumutbar. Eine Überwachungstätigkeit ohne Arbeiten am Computer oder handschriftliche Notizen sei natürlich noch möglich (AB 107 S. 3).

3.2.8 Sodann verwies Dr. med. C. _____ im Bericht vom 25. März 2017 auf seine früheren Berichte und stellte fest, dass in der Zwischenzeit seinerseits keine weiteren Abklärungen vorgenommen worden seien. Schmerzen würden verneint. Unter der Compex-Therapie sei es zu einer subjektiven und auch objektiven Besserung gekommen. Die Flexion habe anlässlich der letzten Konsultation vom 14. Februar 2017 80° betragen. Mit flektiertem Ellenbogen seien sowohl die Flexion wie auch die Abduktion bis Schulterebene wieder möglich gewesen, zum Teil sei die Beweglichkeit gemäss dem Beschwerdeführer sogar wieder besser. Überkopfarbeiten seien aber mit beiden Armen nicht mehr möglich. Prognostisch werde keine wesentliche Besserung der Beweglichkeit der linken Schulter mehr erwartet. Durch die starke Behinderung in beiden Schultern sei der Beschwerdeführer im Alltag stark eingeschränkt (AB 110 S. 3).

3.2.9 Auch hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ im Bericht vom 23. Mai 2017 Stellung. Aus dem Studium der eingereichten Arztberichte ergäben sich keine neuen Aspekte. Weitere Abklärungen seien aus or-

thopädischer Sicht nicht notwendig. Die geschilderten Einschränkungen, welche bereits seit Einsatz der Schulterprothese im Jahr 2015 verzeichnet worden seien, seien bereits in der Stellungnahme vom 25. August 2016 berücksichtigt worden. Die im Verlauf hinzugekommenen Befunde würden die Einschätzungen des RAD bestätigen. So werde auch vom behandelnden Arzt Dr. med. C. _____ ein Endzustand bezüglich der Schultergelenke propagiert. Auch die Spezialistin Dr. med. D. _____ halte in ihrer Stellungnahme vom 21. März 2017 fest, eine angepasste Tätigkeit sei medizinisch-theoretisch möglich. Das medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil behalte somit auch nach Einbezug der neuen Befunde seine Gültigkeit (AB 113 S. 4).

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

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 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 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 mitzubersichtigen. 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 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 92) stützt sich massgeblich auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. E. _____ und G. _____ vom 5. Januar 2016 bzw. 25. Au-

gust 2016 (AB 52 S. 3 und 76 S. 3 f.). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden ein ausgeprägtes Rehabilitationsdefizit bei einem Status nach einer Implantation einer inversen Schulterprothese links am 16. Juni 2015, die aufgrund zweimaliger Ruptur der Rotatorenmanschetten (2000 und 2008) vorgenommen wurde, sowie eine Cuff-Arthropathie der rechten Schulter bei einem Status nach einer Plexusläsion 1972 und eine Coxarthrose rechts diagnostiziert (AB 52 S. 3). Im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2010 (vgl. E. 3.1 hiervor) ist damit bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2017 (AB 92) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervor und E. 3.5 hiernach). Ein Neuanmeldungsgrund ist damit erstellt und der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung allseitig frei zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.5 Die Berichte der RAD-Ärzte Dres. med. E._____ und G._____ vom 5. Januar 2016 bzw. vom 25. August 2016 (AB 52 und 76) erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3. hiervor). Dass sie den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht haben, vermag den Beweiswert ihrer nachvollziehbaren Schlussfolgerungen nicht zu schmälern, konnten sie sich anhand der vorhandenen Akten in Bezug auf die hier einzig in Frage stehende Arbeitsfähigkeit doch ein gesamthaft lückenloses Bild über Anamnese, Verlauf und den gegenwärtigen Status verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

Die Berichte der behandelnden Ärzte Dres. med. C._____ und D._____ ändern daran nichts. Aufgrund der Akten, insbesondere gestützt auf die Berichte von Dr. med. C._____, zeigt sich im Verlauf eine deutliche Verbesserung der Bewegungsfähigkeit der Schultern. Nach der Implantation der inversen Schulterprothese links am 16. Juni 2015 stellte Dr. med. C._____ im Bericht vom 22. Januar 2016 (AB 68 S. 3) gegenüber den Befunden vom Dezember 2015 (AB 50 S. 1) eine Verbesserung der Abduktion und Flexion von 50° stehend und 90° liegend auf 70° stehend und 120° liegend fest. Nachdem sich die Bewegungsfähigkeit beider Arme nach einer Schulterluxation rechts erst verschlechterte („...Un-

vermögen Arme über 60° gegen die Schwerkraft zu heben...“ [Bericht des Dr. med. C._____ vom 3. Juli 2016; AB 74 S. 1 Ziff. 4]), zeigte sich aufgrund der Complex-Therapie wieder eine Verbesserung der Flexion auf 80° (vgl. Bericht des Dr. med. C._____ vom 25. März 2017 [AB 110 S. 3]). Trotz Verbesserung der Bewegungsfähigkeit kommt Dr. med. C._____, ohne dies weiter zu begründen, im Bericht vom 22. Januar 2016 (AB 68 S. 3) zum Schluss, dass eine angepasste Tätigkeit nicht möglich sei und weist auch im neusten Bericht vom 25. März 2017 auf die starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit hin (AB 110 S. 3). Dies überzeugt in Anbetracht der Einschätzungen der RAD-Ärzte nicht. Gestützt auf die von Dr. med. C._____ dargestellte Entwicklung kam nicht nur der RAD-Arzt Dr. med. E._____ im Bericht vom 5. Januar 2016 (AB 52 S. 3), sondern auch die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ zum Schluss, dass eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei (AB 76 S. 3 und 113 S. 4). Dr. med. G._____ legt denn auch überzeugend dar, dass die von Dr. med. C._____ erhobenen Befunde – der Beschwerdeführer sei schmerzfrei und könne die Schultern bis 70° abduzieren (AB 68 S. 3) – nicht mit der daraus gezogenen Schlussfolgerung, eine Arbeitsaufnahme sei auch in angepasster Tätigkeit nicht möglich, einhergehen kann (AB 76 S. 3), zumal aus den Ausführungen von Dr. med. C._____ auch hervor geht, dass die Schulterprothese links korrekt sitze (AB 74 S. 1 Ziff. 9).

Sodann ist dem Beschwerdeführer nicht zu folgen, wenn er geltend macht, den RAD-Ärzten als „Nicht-Neurologen“ würden die entsprechenden Fachkenntnisse fehlen (Beschwerde, S. 4), zumal der behandelnde Neurologe Dr. med. F._____ eine neurogene Schädigung ausschliesst (AB 74 S. 4). Insbesondere die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ setzt sich kritisch mit den Einschätzungen der Dres. med. C._____ und D._____ – welche im Übrigen beide keinen Facharztstitel für Neurologie innehaben – auseinander und begründet ihre davon abweichende Einschätzung nachvollziehbar (AB 76 S. 3 und 113 S. 4). Zudem ist nicht ausser Acht zu lassen, dass auch Dr. med. D._____ die Ausübung einer angepassten Tätigkeit, insbesondere eine Überwachungstätigkeit, für möglich hält (AB 107 S. 3).

Schliesslich sind auch die Erkenntnisse aus dem Bericht der Abklärungsstelle I. _____ vom 17. Mai 2017 (AB 112) nicht geeignet, Zweifel an den Schlussfolgerungen der RAD-Ärzte zu begründen. Auf das im Rahmen der beruflichen Abklärung präsentierte Leistungsvermögen kann nicht unbesehen abgestellt werden. Wohl mögen Berichte von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung zur Ergänzung der medizinischen Unterlagen dienlich sein, die verbindliche Feststellung der noch zumutbaren Arbeitsleistung fällt hingegen in die Kompetenz der rechtsanwendenden Stelle (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196). Im Übrigen sind die in der besagten Stellungnahme geschilderten Schwierigkeiten des Beschwerdeführers (AB 112 S. 5) mit dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil gemäss RAD-Bericht vom 5. Januar 2016 (AB 52 S. 3) ohne weiteres vereinbar. Dieses beschränkt sich auf körperlich leichte Tätigkeiten im unteren Bewegungssegment und berücksichtigt zudem eine Leistungsminderung von 10-20% aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Sodann ist für die Bemessung der Erwerbsfähigkeit nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer nach den konkreten Verhältnissen auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelbar ist, sondern ob er die ihm verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (sog. ausgeglichener Arbeitsmarkt; vgl. Art. 16 ATSG; vgl. auch E. 4.3.2 hiernach).

Damit werden weder durch die Einschätzungen der behandelnden Ärzte noch durch die Einschätzung der Band-Genossenschaft vom 17. Mai 2017 (AB 112) Zweifel an den Schlussfolgerungen des RAD begründet, den Berichten kommt damit volle Beweiskraft (vgl. E. 3.3.2 hiervor) zu und es ist auf das Zumutbarkeitsprofil abzustellen, wonach körperlich leichte Tätigkeiten im unteren Bewegungssegment der Schultern beidseits, ohne Bewegungen der oberen Extremitäten mit grossen Hebelkräften, Vibrationen oder Schlägen, eine vorwiegend überwachende Tätigkeit, ganztags mit einer Leistungsminderung von 10-20% ausgeübt werden kann (AB 52 S. 3). Der Sachverhalt ist damit hinreichend abgeklärt, womit sich die Einholung eines Gerichtsgutachten erübrigt (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

4.

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

4.2 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).

4.3

4.3.1 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 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).

4.3.2 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen

Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 320 E. 3b).

Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4).

4.3.3 Es gilt zudem 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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchst-

tens 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).

4.4 Der frühestmögliche Rentenbeginn ist mit Blick auf die Umstände, dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der Karenzfrist von sechs Monaten seit der am 10. März 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung (AB 25 S. 1; Art. 29 Abs. 1 IVG) entsteht, und die Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall am 30. Dezember 2014 (AB 37.4 S. 1; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) eingetreten ist, auf den Dezember 2015 festzusetzen. Der Einkommensvergleich ist deshalb auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.5 Für die Festsetzung des Valideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Gesunder – nach einer über 20-jährigen Tätigkeit für die Gemeinde Wattenwil (AB 67 S. 3 – 5) – auch weiterhin in einem 100%-Pensum als ... tätig wäre. Demnach ist, da der Beschwerdeführer aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung bereits ab 2010 sein Arbeitspensum auf 80% reduzieren musste und eine Invalidenrente der Unfallversicherung erhielt (AB 30.2 S. 9 – 11), auf das Einkommen von 2009 (AB 67 S. 3) abzustellen und auf das Jahr 2015 zu indexieren. Das Valideneinkommen beläuft sich damit auf Fr. 81'908.-- (Fr. 78'561.-- \cdot 122.5 x 123.4 [BFS, Tabelle T1.93 Nominallohnindex, Männer, 1993-2010, Total] \cdot 100 x 103.5 [BFS, Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Total]).

Da dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist und er keine angepasste Tätigkeit ausübt, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2014 festzusetzen und auf das Jahr 2015 zu indexieren. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leistungsbedingte Abzug von 10% (AB 92 S. 2) ist nicht zu beanstanden. Somit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 51'000.30 (LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer [Fr. 5'312.--] \cdot 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit, Total, 2014] \cdot 103.2 x 103.5 [BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2015, Total] x 12 Monate – leistungsbedingter Abzug von 10% des Nominallohnes - 15% durchschnittliche Leistungsfähigkeit).

Im Ergebnis resultiert aus dem Einkommensvergleich eine behinderungsbedingte Einkommenseinbusse von Fr. 30'907.70 und demnach ein Invaliditätsgrad von gerundet 38%. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist somit 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 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 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

Die Kammerpräsidentin:

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.