

200 19 311 IV
KNB/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Februar 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 18. März 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. Mai 2018 unter Hinweis auf ein Arztzeugnis der behandelnden Ärztin Dr. med. B._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Mai 2018 (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 5) zur Früherfassung und am 25. Juni 2018 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (AB 4 und 7). Gestützt auf einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 15. Januar 2019 (AB 30) stellte die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) mit Vorbescheid vom 22. Januar 2019 (AB 31) dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 10 % die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht. Sie erwog hauptsächlich, dass laut ihren Abklärungen dem Versicherten eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (mit einem sitzenden Anteil von mindestens 50 %) vollzeitig zumutbar sei. Die entsprechende Verfügung erging am 18. März 2019 (AB 32).

B.

Mit einer an die IVB gerichteten und von dieser zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht weitergeleiteten Eingabe vom 15. April 2019 zeigte sich der Versicherte mit der Verfügung nicht einverstanden und beantragte sinngemäss deren Aufhebung sowie eine Untersuchung durch einen „Vertrauensarzt“ der Invalidenversicherung. Gleichzeitig ersuchte er um Unterstützung bei der Stellensuche.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 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 18. März 2019 (AB 32). 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).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.1.2 Die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeits-syndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können, und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, wurde aufgegeben. Fortan ist - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich einwandfrei diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Aus Gründen der

Verhältnismässigkeit kann immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine - länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) - Arbeitsunfähigkeit nach Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 Um den IV-Grad 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

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

3.1.1 Dr. med. C._____, Facharzt für Chirurgie, Arzt der D._____, diagnostizierte im Bericht vom 12. Mai 2014 (AB 27 S. 80 bis 87) eine bimalleoläre Sprunggelenksfraktur rechts, eine chronisch aktive Hepatitis, einen chronischen Äthylabusus (anamnestisch 3 Liter Bier pro Tag), einen chronischen Nikotinabusus (1 ½ Päckchen pro Tag), einen Status nach Heroin- und Kokainabusus (Methadon-Programm), eine arterielle Hypertonie, familiäre multiple kartilaginäre Exostosen, eine nicht dislozierte Os metatarsale III und IV - Fraktur rechts nach einem Hyperflexions-trauma des Vorfusses von 2006 sowie eine Zehenfraktur rechts von 2007 (AB 27 S. 84 f.). Der Beschwerdeführer klagt über belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks (OSG), vor allem nach einer mehrstündigen, vorwiegend stehenden Tätigkeit; nach längerer Belastung komme es offenbar zu einem leichten Anschwellen perimalleolär (AB 27 S. 85). Der Arzt stellte fest, dass die OSG-Beweglichkeit seitengleich erhalten sei, keine Druckdolenzen bestünden und der Gang hinkfrei sei. Seit drei Wochen arbeite der Beschwerdeführer wieder ganztags. Weitere Kontrollen bei den Orthopäden seien nicht vorgesehen. Aktuell würden noch regelmässig Schmerzmittel (1 Tablette Irfen pro Tag, Magenschutz) eingenommen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerden weiterhin zurückgehen würden (AB 27 S. 85 f.). In einer körperlich leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit (ohne Tragen von Gewichten über 25 kg, ohne Arbeiten mit Sprungbelastungen auf das rechte OSG, ohne längerdauernde Zwangshaltungen in kauender oder kniender Stellung) bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (AB 27 S. 86).

3.1.2 Dem Bericht des Spitals E._____ vom 23. Mai 2014 (AB 27 S. 78 f.) ist die Diagnose einer naviculocuneiformen symptomatischen Arthrose links (recte: rechts) zu entnehmen (AB 27 S. 78). Bezüglich der Materialentfernung am Malleolus medialis sowie lateralis rechts sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei. Er leide jedoch weiterhin an der beginnenden Arthrose rechts; diesbezüglich werde eine Infiltration durchgeführt. Aktuell würden keine weiteren Kontrolltermine vereinbart. Der Beschwerde-

führer würde sich bei Schmerzprogredienz wieder melden. Eventuell wäre dann eine Schuhanpassung mit Abrollhilfe, Weichbettung und Sohlenversteifung zu diskutieren (AB 27 S. 79).

3.1.3 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 6. März 2018 (AB 27 S. 37) wurden als Diagnosen eine atypische Chorioretinopathia centralis serosa mit geografischer Atrophie zentral und ein Status nach einer einmaligen photodynamischen Therapie von Februar 2015 festgehalten. Der Visus habe sich seit Dezember 2014 nicht verändert; es lägen beidseits reizfreie vordere Augenabschnitte sowie eine stabile Situation der Makulopathie vor. Der Fernvisus betrage rechts 0.32 und links 0.63.

3.1.4 Vom 18. März bis 4. April 2018 war der Beschwerdeführer im Spital G. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. April 2018 (AB 23 S. 1 bis 5) wurden als Diagnosen ein hypovolämischer Schock bei Ileitis und Kolitis unklarer Ätiologie, eine obere gastrointestinale Blutung bei mehreren Ulcera im Magenbereich (18. März 2018), eine unklare Pneumopathie, ein Crush-Syndrom bei atraumatischer Rhabdomyolyse (18. März 2018), eine akute Niereninsuffizienz AKIN-Stadium III (18. März 2018), eine dekompensierte Leberzirrhose bei Status nach Hepatitis C und nichtalkoholischer Steatohepatitis (NASH), Child A6, MELD-Score 8, ein hyperaktives Delir, eine schwere Thrombozytopenie (18. März 2018), eine schwere Hypokalzämie und Hyperphosphatämie (19. März 2018), eine Hypoglykämie (18. März 2018), eine unklare Cholestase (18. März 2018), eine Polytoxikomanie (unter Methadonsubstitution beim Hausarzt; Bierkonsum: seit Jahren 4 bis 5 Flaschen Bier pro Tag; Nikotinabusus), eine Fehl- und Mangelernährung, eine Arzneimittelreaktion (paradoxe Reaktion auf Temesta mit Agitiertheit) und eine arterielle Hypertonie genannt. Als Nebendiagnose wurde ein Status nach mehreren ossären Exostosen festgehalten (AB 23 S. 1 bis 3). Die notfallmässige Zuweisung durch den Rettungsdienst sei aufgrund von Bauchschmerzen und Meläna mit Hämatemesis seit eineinhalb Wochen bei bekannter Leberzirrhose im Rahmen einer Hepatitis C und einer NASH erfolgt (AB 23 S. 3). Der Beschwerdeführer sei initial von der Notfall- auf die Intensivstation aufgenommen worden. Aufgrund des unklaren Infektfokus, der stark erhöhten CRP-Werte, des schlechten Allgemeinzustandes und der persistierenden Diarrhoe sei eine antibiotische

und steroidale Therapie eingeleitet worden (AB 23 S. 3 f.), unter welcher sich eine rasche klinische und laborchemische Besserung eingestellt habe. Nach Erhalt der Biopsien, welche keine Hinweise für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung gezeigt hätten, sei die steroidale und antibiotische Therapie am 26. März 2018 gestoppt worden. Computertomografisch seien beidseitig diffuse Konsolidationen in beiden Lungen festgestellt worden. Es werde in Absprache mit ihrem Pneumologen eine CT-Verlaufskontrolle mittels Dünnschicht-CT in zwei bis drei Monaten vorgeschlagen. Was die akute Niereninsuffizienz AKIN-Stadium III angehe, hätten sich die Nierenwerte unter Rehydratation langsam gebessert. In Rücksprache mit ihrem Nephrologen sei die akute Niereninsuffizienz am ehesten im Rahmen einer starken Dehydratation zu interpretieren. Eine postrenale Ursache sei computertomografisch ausgeschlossen worden, dagegen sei ein hepatorenales Syndrom nicht ganz auszuschliessen. Auf der Intensivstation sei es zu einem Alkoholentzugsdelir gekommen, welches sich nur mit Propofol und Catapressan habe kontrollieren lassen. Im Verlauf habe die antidelirante Therapie auf hochdosiertes Haldol umgestellt werden können, worauf der Beschwerdeführer zunehmend orientiert, adäquat und klar im Gespräch geworden sei; zum Ausschleichen der Haldoltherapie sei eine abendliche Gabe von Quetiapin initiiert worden. Es werde eine hausärztliche Reevaluation und gegebenenfalls eine Sistierung dieser Therapie empfohlen (AB 23 S. 4).

3.1.5 Die behandelnde Ärztin Dr. med. B._____ diagnostizierte im Bericht vom 5. September 2018 (AB 27 S. 2 bis 7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit belastungsabhängige, wahrscheinlich multifaktorielle Polyarthralgien, den Verdacht auf ein depressives Zustandsbild bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation, eine atypische Chorioretinopathia centralis serosa mit Visuseinschränkung (0.3 und 0.6) und einen chronischen Äthylabusus. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach IVDU (intravenous drug use), eine arterielle Hypertonie, eine gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD), eine Leberzirrhose GT3, Child A6, MELD-Score 8, eine chronische Hepatitis C sowie eine durchgemachte Hepatitis B und eine Immunität gegen Hepatitis A (AB 27 S. 2 Ziff. 1.1). Im März 2018 sei eine längere Hospitalisation mit Aufenthalt auf der Intensivstation wegen einer schweren, wahrscheinlich NSAR-assoziierten Pankoli-

tis und eines hypovolämischen Schocks erfolgt. Der Erholungsprozess sei langsam verlaufen und es persistierten gastrointestinale Beschwerden. Die im August 2018 durchgeführten Kontrollendoskopien hätten eine leichte persistierende Refluxösophagitis und Kolonläsionen bei fortgesetztem NSAR-Konsum ergeben. Es bestehe seit längerem der Verdacht auf ein depressives Zustandsbild bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation (Verlust der langjährigen Arbeitsstelle, psychotische Erkrankung der mit dem Beschwerdeführer zusammenlebenden Mutter und deren Verschwinden nach ... mit Kontaktabbruch). Eine psychiatrische Beurteilung oder antidepressive Therapie sei bisher jedoch vom Beschwerdeführer abgelehnt worden (AB 27 S. 3 Ziff. 1.4). Die bisherige stehende Tätigkeit (...) sei zu vier bis fünf Stunden pro Tag mit einer verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 27 S. 5 Ziff. 1.7). Eine angepasste Tätigkeit (sitzend, mit Pausenmöglichkeiten) wäre wahrscheinlich zu sechs bis acht Stunden pro Tag möglich. Ob sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern liessen, sei unklar. Diesbezüglich seien Abklärungen in rheumatologischer (Frage der Optimierung der Analgesie), orthopädischer (Frage der Progredienz der naviculocuneiform Arthrose, der möglichen Massnahmen [Schuheinlagenversorgung, Infiltration, operative Möglichkeiten]) und psychiatrischer Hinsicht zu empfehlen (AB 27 S. 4 f. Ziff. 1.5 und 1.8).

3.1.6 Im Bericht vom 15. Januar 2019 (AB 30) hielt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisemedizin, RAD, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Bimalleolarfraktur rechts vom 16. August 2013 mit operativer Versorgung gleichentags, kartilaginäre Exostosen mit Status nach multiplen Operationen in den 80er Jahren, eine Leberzirrhose bei Hepatitis C-Infektion, antiviraler Behandlung im Jahr 2017 sowie Co-Faktor Äthylabusus, und eine Chorioretinopathie mit Visuseinschränkung (rechts 0.3, links 0.6) fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach Polytoxikomanie (seit 1999 unter Methadonsubstitution), ein langjähriger Alkoholabusus (3 bis 4 Flaschen Bier pro Tag anamnestisch), ein langjähriger Nikotinabusus (20 bis 30 Zigaretten pro Tag), eine durchgemachte Hepatitis B und A sowie ein Status nach gastrointestinaler Blutung

mit Schock unter langjährigem NSAR-Gebrauch (März 2018). Die persistierenden Schmerzen im rechten OSG, die Polyarthralgien sowie die Auswirkung der Exostosen seien in den vorliegenden Berichten nicht klar zugeordnet und abgeklärt. Die Exostosen seien schon seit den 80er Jahren bekannt, jedoch seien seither keine neuen Abklärungen und Operationen durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe mit diesem Leiden jahrelang in der I. _____ AG mit einem Pensum von 100 % arbeiten können. Neu sei hingegen die Fraktur des OSG von 2013. Aufgrund eines Impingements des OSG und/oder einer beginnenden Mittelfussarthrose seien die geklagten Beschwerden im Fuss sowie die Schwellungstendenz bei Belastung und rein stehender ganztägiger Tätigkeit plausibel. Es sei jedoch unklar, ob der Beschwerdeführer die empfohlene Schuhanpassung verordnet bekommen habe (Abrollrampe, Weichbettung, steife Sohle); mit der entsprechenden Schuhversorgung könnte die Belastbarkeit verbessert werden. Dennoch sei nachvollziehbar, dass eine ganztägig stehende Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Aufgrund der Leberzirrhose könne auch eine leichte Einbusse der Leistungsfähigkeit nachvollzogen werden, so dass keine körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten mehr durchführbar seien. Bei einer Reduktion des Alkoholkonsums auf ein normales Mass und bei Sistieren des Nikotinkonsums könnte der Gesundheitszustand stabilisiert werden, insbesondere da wegen der Hepatitis bereits eine fortgeschrittene Leberzirrhose vorliege. Damit könnte auch die Arbeitsfähigkeit längerfristig erhalten werden (AB 30 S. 4). Hierzu hielt der RAD-Arzt weiter fest, dass sich das Suchtverhalten seit der Methadonbehandlung (seit 1999) verbessert habe. Aktuell lägen noch ein mässiger Alkoholkonsum sowie ein Nikotinabusus vor. Mittel- und langfristig sei mit einer zusätzlichen Schädigung der Leber zu rechnen. Der Nikotinabusus könne zu Lungen- und Gefässschädigungen führen, welche bisher nicht dokumentiert seien. Die Einnahme von NSAR sollte nicht mehr regelmässig erfolgen, höchstens in Ausnahmefällen und zeitlich limitiert, um nicht wieder Magen- und Darmblutungen zu riskieren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die bisherige, ganztags rein stehende Tätigkeit als ... nicht mehr bzw. nur noch halbtags zumutbar. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, mit Gewichten bis 10 kg und sitzendem Anteil von mindestens 50 %, ohne erhöhte Anforderungen an eine visuelle Kontrolle) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne

Leistungseinschränkung. Mit einer adäquaten Schuhversorgung (steife Sohle, Weichbettung, Abrollrampe) könnte die Steh- und Gehfähigkeit verbessert werden (AB 30 S. 5).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 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 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2019 (AB 32) massgeblich auf den Aktenbericht des RAD-Arztes Dr. med. H._____ vom 15. Januar 2019 (AB 30) gestützt. Dessen Schlussfolgerungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hiervoor) und erbringen vollen Beweis. Dass Dr. med. H._____ auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichtet hat, ist nicht zu beanstanden: Dem RAD-Arzt lagen nebst der Beurteilung des Arztes der D._____ vom 12. Mai 2014 (AB 27 S. 80 bis 87) die Berichte des Spitals E._____ vom 23. Mai 2014 (AB 27 S. 78 f.), des Spitals F._____, vom 6. März 2018 (AB 27 S. 37), des Spitals G._____ vom 19. April 2018 (AB 23 S. 1 bis 5) samt Laborwer-

ten sowie der behandelnden Ärztin Dr. med. B. _____ vom 5. September 2018 (AB 27 S. 2 bis 7) vor. Er konnte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen mithin ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Der RAD-Arzt hat in Berücksichtigung und Würdigung sämtlicher medizinischer Vorakten einleuchtend sowie nachvollziehbar begründet, dass die bisherige rein stehende Tätigkeit als ... aufgrund der verminderten Belastbarkeit des rechten Fusses nicht mehr bzw. nur noch halbtags zumutbar ist, hingegen in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, mit Gewichten bis 10 kg und sitzendem Anteil von mindestens 50 %, ohne erhöhte Anforderungen an eine visuelle Kontrolle) eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung besteht (AB 30 S. 5). Darauf ist abzustellen.

Diese Beurteilung findet im Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. B. _____ vom 5. September 2018 (AB 27 S. 2 bis 7) ihren Rückhalt, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit (sitzend, mit Pausenmöglichkeiten) zu sechs bis acht Stunden pro Tag zumutbar sei (AB 27 S. 5 Ziff. 1.8). Dass der RAD-Arzt dem Äthylabusus - im Gegensatz zur behandelnden Ärztin - keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat, ist insofern nicht relevant, als die Ärztin auch in Berücksichtigung der Alkoholproblematik von einer nahezu vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgeht. Ob diese Einschätzung aufgrund der Vorgaben nach BGE 145 V 215 (vgl. E. 2.1.2 hiervor) auch als rechtlich massgebend übernommen werden kann, kann hier offen bleiben. Denn auch wenn bei der weiteren Beurteilung der Streitsache - zu Gunsten des Beschwerdeführers - von einer Arbeitsfähigkeit von minimal sechs Stunden pro Tag in einer angepassten Erwerbstätigkeit ausgegangen würde (AB 27 S. 5 Ziff. 1.8), würde dies - wie nachfolgend dargelegt wird (vgl. E. 4.2.2 hiernach) - zur Begründung eines Rentenanspruchs nicht ausreichen. Sodann ist hinsichtlich der von der Hausärztin gestellten Verdachtsdiagnose eines depressiven Zustandsbildes bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation (AB 27 S. 2 Ziff. 1.1) anzumerken, dass eine blosser Verdachtsdiagnose nur eine mögliche Gesundheitsstörung impliziert, aber versicherungsmedizinisch keine rechtsgenügende Grundlage bilden kann, um mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen. Darüber hinaus hat der Beschwerdeführer eine psychiatrische Abklärung resp. eine

antidepressive Therapie, obwohl von der Ärztin offenbar vorgeschlagen, bisher stets abgelehnt (AB 27 S. 3 Ziff. 1.4), was auf einen fehlenden Leidensdruck schliessen lässt. Angesichts dessen und aufgrund fehlender anderslautender Hinweise in den Akten bestand für die Beschwerdegegnerin kein Anlass, diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen.

Anhaltspunkte, dass weitere abklärungsbedürftige bzw. somatische Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, sind weder ersichtlich noch werden solche vom Beschwerdeführer überzeugend aufgezeigt. Der Beschwerdeführer bringt keine Gesichtspunkte vor, welche nicht bereits im Rahmen der RAD-ärztlichen Beurteilung berücksichtigt worden wären. Damit erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) die beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Beschwerde).

4.

4.1 Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.3 hiervor) ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144

I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 25. Juni 2018 (AB 7) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Dezember 2018. Der Einkommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.2.1 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seine letzte Anstellung bei der I. _____ AG aus wirtschaftlichen, mithin invali-

ditätsfremden Gründen, verloren hat (vgl. AB 18 S. 1). Das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) lässt sich daher nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes bestimmen, sondern ist gestützt auf den Tabellenwert der LSE zu ermitteln. Da es sich bei der letzten Tätigkeit um eine Arbeit ohne besondere Berufskennntnisse gehandelt hat, ist vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE, Kompetenzniveau 1, Total) auszugehen; damit wird ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hier vor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

Hinsichtlich eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) fällt einzig das Kriterium der leidensbedingten Einschränkungen in Betracht. Es rechtfertigt sich daher ein Abzug von 10 %, wie dies bereits verfügungsweise festgehalten worden ist. Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht.

4.2.2 Demnach kann der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % noch 100 % des LSE-Tabellenlohnes resp. bei einem zusätzlich behinderungsbedingten Abzug von 10 % noch 90 % des LSE-Tabellenlohnes erzielen ($100 \% \times 0.9$), woraus sich ein rentenausschliessender IV-Grad von 10 % ($100 \% - 90 \%$) ergibt. Ein solcher ergäbe sich auch, wenn die von der Hausärztin Dr. med. B._____ angenommene Arbeitsfähigkeit von minimal sechs Stunden pro Tag berücksichtigt würde (sie erachtete sechs bis acht Stunden als zumutbar; AB 27 S. 5 Ziff. 1.8); der IV-Grad beliefe sich diesfalls auf nicht rentenbegründende 32.5 % ($100 \% - 67.5 \% [75 \% \{6 \text{ h} : 8 \text{ h} \times 100\} \times 0.9]$).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. März 2019 (AB 32) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

Der Beschwerdeführer hat in der Eingabe vom 15. April 2019 (an die Beschwerdegegnerin gerichtet) auch um Unterstützung bei der Stellensuche ersucht. Diesbezüglich ist die Eingabe an die Beschwerdegegnerin weiterzuleiten zur Prüfung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung.

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 (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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. Die Akten werden an die IV-Stelle Bern weitergeleitet zur Prüfung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.