

200 19 417 IV
SCI/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Dezember 2019

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. April 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) rutschte am 19. Februar 2012 auf Glatteis aus und zog sich eine Prellung der linken Schulter zu (Akten der Invalidenversicherung [IV; act. II] 6.2 S. 116). Die C._____ als zuständiger Unfallversicherer richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Mit Verfügung vom 8. September 2015 (act. II 70) sprach die C._____ dem Versicherten eine auf einem Integritätsschaden von 15% basierende Integritätsentschädigung zu und verneinte einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Einsprache wies die C._____ mit Entscheid vom 15. September 2016 (act. II 81) ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 16. Oktober 2017 (UV/2016/995; act. II 89.4) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Parallel dazu hatte die C._____, nachdem der Versicherte einen Rückfall gemeldet hatte, ihre Taggeldleistungen per 13. Mai 2016 wieder aufgenommen (Urteil des Verwaltungsgerichts vom 24. April 2018, UV/2018/102 Sachverhalt lit. B). Mit Verfügung vom 30. Mai 2017 stellte sie die Leistungen aufgrund einer vollen Arbeitsfähigkeit ein (act. II 86.11). Die dagegen erhobene Einsprache wies die C._____ mit Entscheid vom 19. Dezember 2017 (act. II 88) ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 24. April 2018 (UV/2018/102, act. II 92) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

B.

Im Dezember 2012 hatte sich der Versicherte unter Hinweis auf den am 19. Februar 2012 erlittenen Unfall auch bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug angemeldet (act. II 1). Die IVB führte medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Insbesondere edierte sie die Akten der C._____ (act. II 31.1 – 31.3) und gewährte ein Arbeitstraining in der Abklärungsstelle D._____ (act. II 33, 43, 50), ge-

folgt von einem Praktikum mit Jobcoaching (act. II 53). Anschliessend sprach sie dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (act. II 57). Mit Verfügung vom 3. Juni 2016 (act. II 80) schloss sie die Arbeitsvermittlung ab. Im Juli 2018 gewährte sie dem Versicherten erneut Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 93). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2018 (act. II 103) schloss sie die Arbeitsvermittlung ab.

Mit Vorbescheid vom 21. September 2018 (act. II 100) stellte sie die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 6% in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (act. II 101, 104, 108). Am 18. April 2019 verfügte sie dem Vorbescheid entsprechend (act. II 109).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____ – mit Eingabe vom 28. Mai 2019 Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. April 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% zzgl. einem Verzugszins zu 5% ab wann rechtens auszurichten.
b) Eventualiter: die Beschwerdesache sei zu ergänzenden medizinisch-theoretischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurück zu weisen.
c) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. September 2019 wurden der Schriftenwechsel und das Beweisverfahren geschlossen.

An der auf Begehren des Beschwerdeführers angesetzten (prozessleitende Verfügung vom 5. September 2019) öffentlichen Schlussverhandlung vom 12. November 2019 bestätigte der Beschwerdeführer sinngemäss die gestellten Rechtsbegehren und legte weitere Unterlagen ins Recht (Operations- und Austrittsbericht vom 29. bzw. 31. Mai 2019 des Spitals G. _____ [Akten des Beschwerdeführers {act. I} 7, 8]).

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. November 2019 wurde den Parteien das Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung zugestellt und das Beweisverfahren und der Schriftenwechsel wurden wieder geöffnet. Der Beschwerdegegnerin wurden überdies die vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung eingereichten Unterlagen (act. I 7; 8) zugestellt und Gelegenheit zur Stellungnahme gewährt. Am 28. November 2019 ging eine entsprechende Stellungnahme beim Gericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Dezember 2019 wurde das Beweisverfahren wieder geschlossen. Der Beschwerdeführer erhielt Gelegenheit Schlussbemerkungen einzureichen. Diese gingen am 20. Dezember 2019 beim Gericht 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 18. April 2019 (act. II 109). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

Vorliegend nicht Anfechtungsgegenstand bilden kann ein allfälliger Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 2 Ziff. 2 a), da die Beschwerdegegnerin hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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 Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und be-

züglich 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).

2.6 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seit-her verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

3.

3.1 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 8. November 2012 (act. II 6.2 S. 59 ff.) stellte der Arzt der C._____ Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin, auf der Basis der Berichte der behandelnden Ärzte und nach durchgeführter Untersuchung folgende Diagnosen:

Subtotale Bursa-seitige Supraspinatussehnen-Ruptur links

- Schulterarthroskopie, subacromiales Débridement und Supraspinatussehnenennaht links am 16. März 2012
- Aktuell: Restbeschwerden mit Schmerzen und eingeschränkter aktiver Schulterbeweglichkeit links, asymptomatische Akromioklavikulargelenks (AC-Gelenk)-Instabilität

Bei der Ärztlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer bei nahezu seitengleicher passiver Schulterbeweglichkeit ein aktiv deutlich eingeschränktes Bewegungsausmass für Abduktion im linken Schultergelenk mit einem Painful arc, jedoch inspektorisch kräftiger Schultermuskulatur gezeigt (S. 65). Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten beidhändig bis 25 kg. Nicht zumutbar seien

belastete Tätigkeiten mit dem linken Arm über Schulterniveau. Ebenso nicht zumutbar seien belastete körperferne Tätigkeiten mit dem linken Arm. Ungünstig sei das Bedienen von Maschinen und Geräten, welches mit Einwirkung von Vibrationen auf das linke Schultergelenk einherginge. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz möglich (S. 66).

3.1.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht des Spitals G. _____ vom 21. Dezember 2012 (act. II 12 S. 5 f.) unter anderem fest, leichte Arbeiten auf Bauchhöhe und administrative Tätigkeiten seien problemlos zumutbar (S. 6). Er bestätigte dies im Bericht vom 7. Februar 2013 (act. II 12 S. 3 f.).

Im Bericht vom 11. April 2013 (act. II 21 S. 4) diagnostizierte er den Verdacht auf eine Re-Ruptur der Supraspinatussehne Schulter links nach Verhebetrauma am 5. April 2013. Am 26. April 2013 stellte er nach durchgeführtem MRI der linken Schulter fest, es bestehe eine allenfalls leichtgradige Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Ruptur. Eine subacromiale Infiltration habe eine ca. 30%ige Besserung der Beschwerden gebracht (act. II 21 S. 2).

3.1.3 Am 20. Juni 2013 erfolgte eine neuerliche ärztliche Untersuchung. Dr. med. E. _____ führte im entsprechenden Bericht (act. II 22.1) aus, das Ausmass der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden stehe etwas in Widerspruch zu der ausgezeichneten passiven Beweglichkeit im Glenohumeralgelenk. Das präsentierte Beschwerdebild sei morphologisch schwer erklärbar. Auffallend seien eine seitengleiche Muskeltrophik im Bereiche der Ober- und Unterarme sowie die beidseits kräftig beschwielten Handflächen mit deutlichen Zeichen von Arbeitsspuren. Am anlässlich der letzten ärztlichen Untersuchung definierten Zumutbarkeitsprofil könne angesichts der weitgehend identischen klinischen Befunde festgehalten werden (S. 11).

Am 24. Juli 2014 wurde der Beschwerdeführer wiederum durch den Arzt der C. _____ untersucht (act. II 31.2). Dr. med. E. _____ diagnostizierte neben der bekannten subtotalen Bursa-seitigen Supraspinatusseh-

nen-Ruptur Aggravation, Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung. Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenkes sowohl in Ruhe mit gestörtem Nachtschlaf und Schmerzverstärkung unter Belastung. Bei der klinischen Untersuchung werde aktiv nur bis 60° flektiert und abduziert. Passiv bestehe ein nahezu seitengleicher Bewegungsumfang. Die Bewegungen würden sehr demonstrativ ausgeführt mit massivem Grimassieren. Es bestehe der Verdacht auf eine Selbstlimitation. Eine Sensibilitätsstörung bestehe nicht. Das Zumutbarkeitsprofil wurde bestätigt (S. 8 f.). Die Indikation für invasive Eingriffe sei äusserst zurückhaltend zu stellen (S. 10).

3.1.4 Der Arzt der C. _____ Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vermerkte im Bericht vom 28. Mai 2015 (act. II 56) über die gleichentags durchgeführte Untersuchung als Diagnose eine Schulterkontusion links mit subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne. Er erklärte, das Ausmass der Einschränkungen könne aufgrund der erfolgten Verletzung und der Korrekturingriffe nicht vollumfänglich erklärt werden. Aufgrund der aktuellen Situation könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss vorgenommen werden. Tätigkeiten auf und über Schulterniveau seien mit der linken Schulter nicht mehr zumutbar. Unzumutbar seien insbesondere belastende Arbeiten in körperferner Position mit dem linken Arm, forcierte Aussenrotationen und Abduktionen sowie Einwirkungen von Schlägen und Vibrationen auf die linke Schulter. Hingegen seien leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten mit dem linken Arm auf Arbeitsniveau in ganztägigem Umfang möglich, ebenso könnten beidhändig Lasten von 20 - 25kg getragen, nicht jedoch über Bauchniveau angehoben oder in körperfernen Positionen gehalten werden (S. 8).

3.1.5 Am 28. November 2016 fand eine weitere ärztliche Untersuchung statt (act. II 83). Dr. med. E. _____ führte aus, bei der durchgeführten ärztlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer unveränderte Beschwerden beklagt. Die klinische Untersuchung zeige weitgehend identische Befunde wie bereits vor zwei Jahren (vgl. act. II 31.2). Das Ausmass der Einschränkungen sei aufgrund der erst kürzlich durchgeführten Bildgebung mit zwar ausgedünnter, aber intakter Darstellung der Rotatorenmanschette und ordentlicher Muskulatur ohne Zeichen von Atrophie oder fetti-

ger Degeneration nicht vollständig erklärbar. Passiv sei das Schultergelenk in vollem Umfang in allen Richtungen bewegbar. Eigentliche Impingement-Tests seien nicht schlüssig. Auch zeige sich eine gute Kraftentwicklung für Aussenrotation. Hinweise für einen Mindergebrauch des linken Armes fänden sich nicht. Insgesamt liege eine deutliche Diskrepanz vor zwischen den geschilderten Beschwerden, der demonstrierten Bewegungseinschränkung und den klinisch erhebbaren Befunden mit freier passiver Beweglichkeit sowie intakter Rotatorenmanschette und insgesamt guter Muskeltrophik. Aufgrund der unveränderten Befunde habe sich auch keine Änderung des anlässlich der letzten Arztuntersuchung vom 28. Mai 2015 (act. II 56) formulierten Zumutbarkeitsprofils ergeben (S. 10 f.).

3.1.6 PD Dr. med. I. _____, Facharzt für Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht der Klinik P. _____ vom 10. April 2017 (act. II 86.7 S. 10 ff.) chronische Schulterschmerzen mit nozizeptiver und neuropathischer Komponente (S. 10). In der Schulter gebe es für Armextension und -elevation einen progressiven Kraftverlust, der Beschwerdeführer müsse sich konzentrieren, der Muskelspann sei aber beidseits gleich. Es bestehe ein Allodynieareal über der Schulter links sowie eine Hypästhesie am posterioren Oberarm und um die Schulter. Die aktuelle medikamentöse Therapie sei noch nicht ausgebaut worden. Die verschiedenen Ereignisse des Jahres 2014 (Operation, Arbeitslosigkeit, Scheidung, alleinerziehender Vater) und die damit verbundene psychosoziale Belastung wirkten sich wahrscheinlich ebenfalls negativ auf die Schmerzverarbeitung aus (S. 11).

3.1.7 Im Notfallbericht des Spitals J. _____ vom 18. Januar 2018 (Akten der C. _____, Verfahren UV/2019/237, [act. C. _____] 29) diagnostizierten Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. L. _____, Assistenzärztin, eine Schulterkontusion links nach Sturz am 18. Januar 2018 bei einem Status nach Rekonstruktion Rotatorenmanschette links ca. 2012, mit Rekonstruktion 2014 sowie eine LWS- und HWS-Kontusion. Der Beschwerdeführer sei immobilisiert mit der Ambulanz zugewiesen worden. Er arbeitete bei der M. _____ und habe Er sei hinten in seinem Kleinlastwagen gestanden, habe das Gleichgewicht verloren und sei aus ca. 50-70 cm Höhe auf den Rücken gefallen, kein Kopfanprall (S. 2). Das Röntgenbild der Schulter habe keine frische

knöcherner Verletzung gezeigt. Der Beschwerdeführer sei nach Hause entlassen worden (S. 3).

3.1.8 Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 12. Februar 2018 (act. C._____) 20) eine Schmerzexazerbation Schulter links nach Sturz am 18. Januar 2018 bei persistierenden Schulterschmerzen links (S. 1). Der Beschwerdeführer stelle sich vor zur Verlaufskontrolle und Besprechung des MRI-Befundes vom 7. Februar 2018 (act. C._____) 28). Es bestehe eine normale Schultermuskulatur beidseits ohne Atrophie. Aktive Elevation und Abduktion seien bis 80° möglich, passive Abduktion und Flexion bis 90°. Die Rotatorenmanschette schein MR-Tomographisch intakt zu sein. Die Muskulatur weise eine gute Qualität ohne Verfettung auf. Es bestehe keine relevante AC-Gelenkspathologie. Er könne keine strukturellen Veränderungen im Schultergelenk identifizieren, welche mit dem einerseits klinischen Befund, andererseits von der vom Patienten erwähnten Symptomatik korrelierten (S. 2).

3.1.9 Dr. med. F._____ diagnostizierte im Bericht des Spitals G._____ vom 22. Februar 2018 (act. C._____ 22) ein Schultergelenkstrauma links vom 18. Januar 2018 mit Traumatisierung des AC-Gelenkes und der Rotatorenmanschette (S. 1). Bildgebend sei keine frische Läsion erkennbar. Die Rotatorenmanschette schein nicht wesentlich durch die neue Traumatisierung alteriert zu sein. Es bestünden einfach die üblichen Veränderungen nach einer Rekonstruktion, welche nur schwer zu beurteilen seien (S. 2).

Im Bericht vom 19. März 2018 (act. C._____ 32) führte Dr. med. F._____ aus, es bestünden signifikante Beschwerden bei Bewegungen über der Horizontalen. Es liege eine Schmerzaggravation vor. Für eine körperliche Tätigkeit sei noch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich (S. 2 f.).

Im Bericht vom 3. Mai 2018 (act. C._____ 38) hielt Dr. med. F._____ fest, die Schulter sei reizlos. Es bestehe ein Druckschmerz über dem AC-Gelenk. Passiv sei die Schulter frei beweglich, aktiv sei sie knapp bis zur Horizontalen beweglich (S. 1). Im Augenblick sei eine opera-

tive Intervention nicht indiziert. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

3.1.10 Die Ärztin der C. _____ Dr. med. O. _____, Fachärztin für Chirurgie, führte in der Beurteilung vom 29. Mai 2018 (act. C. _____ 46) aus, am 18. Januar 2018 habe sich der Beschwerdeführer im Rahmen eines Sturzes nach hinten auf den Rücken eine Schulterkontusion zugezogen im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei Zustand nach Rotatorenmanschettenläsion 2012. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien nicht dokumentiert. Die Folgen einer Schulterkontusion sollten in der Regel nach allgemeiner klinischer Erfahrung innerhalb von drei bis vier Monaten abgeklungen sein. Die darüber hinaus geltend gemachten Beschwerden seien gut vereinbar mit den degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk. Diese Beschwerden seien nicht auf das Unfallereignis vom 18. Januar 2018 zurückzuführen, sondern seien degenerativer Natur (S. 3).

3.1.11 Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 18. Juli 2018 (act. C. _____ 57) fest, es bestehe eine unveränderte Situation mit Dauerschmerzen (S. 1). Flexion/Abduktion etwa 30°. Passiv sei die Schulter frei beweglich mit einer Aussenrotation von 80°, Flexion und Abduktion seien stark schmerzhaft über der Horizontalen, aber frei beweglich. Initial nach der Re-Traumatisierung sei eine sofortige MRI-Anmeldung erfolgt ohne dass sich eine gravierende Pathologie ergeben habe, welche dringend eine operative Sanierung erfordern würde. Er sehe im Augenblick keine Lösung für eine Verbesserung der Symptomatik durch eine operative Massnahme. Es handle sich um ein komplexes Problem mit einer hauptsächlich Schmerzsymptomatik in der Schulter, welche aber mit den üblichen Möglichkeiten in dieser Intensität nicht zu erklären sei (S. 2).

Im Bericht vom 7. September 2018 (act. II 98) führte Dr. med. F. _____ aus, die Schmerzsituation sei unerträglich, die Funktion miserabel, die soziale Situation äusserst angespannt. Bei erneuter Traumatisierung sei eine weitere MRI-Untersuchung durchgeführt worden, welche tendinopathische Veränderungen zeige, aber keinen substantiellen Befund, welcher zwingend eine operative Versorgung erfordere und einen signifikanten Unterschied zur Prätraumasituation darstelle. Eine von ihm vorgeschlagene Therapie mit einer erneuten Schulterarthroskopie, Débridement, eine Ab-

klärung für einen Low grade Infekt von den vorangehenden Operationen, Beurteilung der Rotatorenmanschette und eventuell Re-Insertion sei technisch durchführbar und möglicherweise empfehlenswert. Erfolgsaussichten seien aber überhaupt nicht gegeben, so dass er von diesem Vorgehen Abstand nehmen möchte (S. 2).

Im Bericht vom 15. November 2018 (act. II 104 S. 5 f.) führte Dr. med. F. _____ aus, der Beschwerdeführer habe sich mit katastrophaler Schmerzsituation bei ihm gemeldet (S. 5). Es beständen starke Schmerzen und eine kaum untersuchbare Schulter. Es liege eine katastrophale Situation auch durch eine Verzögerung von der Versicherung in der Entscheidungsfindung vor. Von ihm könnten chirurgische Massnahmen durchgeführt werden. Hier habe er aber, wie bereits ausgeführt, Zweifel. Es sei eine Zweitbeurteilung von einem Fachspezialisten erforderlich.

3.1.12 Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 14. Januar 2019 (act. C. _____ 74) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Im Jahr 2018 habe er den Beschwerdeführer nur am 7. Dezember gesehen. Im Jahr 2017 habe er ihn nur am 7. März gesehen. Er befinde sich nicht bei ihm in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung (S. 1). Der Beschwerdeführer habe sich auf das Anraten seines Anwalts gemeldet. Am 7. Dezember 2018 sei die affektive Modulation eingeschränkt gewesen. Die Grundstimmung sei persönlichkeitsbestimmt dysthym, allgemein verunsichert, er wirke etwas antriebslos, müde und erschöpft. Die sozialen Kontakte seien leicht vermindert, jedoch bestünden kein ausgeprägter sozialer Rückzug und kein depressives Grübeln. Seit dem 7. Dezember 2018 habe der Beschwerdeführer sich nicht mehr gemeldet (S. 2).

3.1.13 Im Bericht vom 9. März 2019 (act. II 108 S. 4 f.) legte Dr. med. F. _____ dar, der Beschwerdeführer sei verzweifelt mit unglaublicher Schmerzsituation (S. 4). Die Schulter sei aktiv kaum beweglich. Passiv - so weit beurteilbar - sei sie frei beweglich aber stark schmerzhaft (S. 5).

3.1.14 PD Dr. med. I. _____ diagnostizierte im Bericht der Klinik P. _____ vom 17. April 2019 (act. II 112 S. 17 f.) chronische nozizeptive

und neuropathische Schulterschmerzen links. Alle von ihnen in der Vergangenheit vorgeschlagenen Therapien hätten wegen finanziellen Problemen nicht durchgeführt werden können. Zurzeit seien die therapeutischen Optionen aufgrund der psychosozialen Umstände und der bestehenden Rechtsstreitigkeit mit der C._____ eingeschränkt, obwohl der Beschwerdeführer eine intensive Therapie seiner Beschwerden wünsche (S. 17).

3.1.15 In dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 6. Mai 2019 (act. II 112 S. 22 f.) diagnostizierte Dr. med. F._____ eine Ausdünnung/fragliche Re-Ruptur der posterioren Supraspinatussehne bei möglichem Low-grade-Infekt. Die Schmerzsituation sei unverändert unerträglich (S. 22). Die soziale Situation sei extrem angespannt. Der Beschwerdeführer habe ausgeprägte bewegungsabhängige Beschwerden und Impingement-Beschwerden. Passiv soweit beurteilbar sei die Schulter frei beweglich, aktiv pseudoparalytisch. Das MRI (act. II 112 S. 20) zeige eine ausgeprägte Ausdünnung der posterioren Insertion der Supraspinatussehne, hier sogar wahrscheinlich mit einem transmuralen Anteil. Der Beschwerdeführer wünsche eine Revisions-Operation, da es bei der letzten Revisions-Operation für ihn zu einer Besserung der Symptomatik gekommen sei. Die Operation werde geplant (S. 23).

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 Situa-

tion 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 Mit Urteil vom 16. Oktober 2017 (VGE UV/2016/995) hat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die damalige Aktenlage gewürdigt. Diese Würdigung erfolgte, auch wenn in einem Verfahren der kausalen Unfallversicherung, in einer umfassenden, alle Gesundheitsschäden berücksichtigenden Prüfung. Es kann deshalb nicht gesagt werden, es seien damals unfallfremde Aspekte, die in der finalen Invalidenversicherung – anders als in der Unfallversicherung – ergänzend relevant sein könnten, ungewürdigt geblieben (Beschwerde S. 6 Ziff. 9). Weitere Berichte wurden schliesslich im VGE UV/2018/102 gewürdigt. Die relevanten Befunde und Diagnosen waren unbestritten (insbesondere Schulterkontusion links vom 19. Februar 2012 mit subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne) und das Verwaltungsgericht des Kantons Bern kam zu Schluss, dass sämtliche involvierten Ärzte das Ausmass der Einschränkungen anhand der klinischen Befunde nicht vollumfänglich zu erklären vermochten bzw. auf gewisse Diskrepanzen hinwiesen hätten (VGE UV/2016/995, E. 3.4.2). Ferner wurde festgehalten, es sei auch später keine Veränderung (die die Annahme eines Rückfalls oder von Spätfolgen erlauben würde) ausgewiesen (VGE UV/2018/102, E. 3.8 ff.; VGE UV/2016/995, E. 3.4.2 ff.).

Das erstmals vom Arzt der C. _____ Dr. med. E. _____ am 8. November 2012 (act. II 6.2 S. 59) formulierte Zumutbarkeitsprofil in einer angepassten Tätigkeit mit weitem Rendement wurde vom Arzt der C. _____ Dr. med. H. _____ am 28. Mai 2015 (act. II 56 S. 8) bestätigt: Gemäss dieser Einschätzung sind Tätigkeiten auf und über Schulterniveau mit der linken Schulter nicht mehr zumutbar. Hingegen sind leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten mit dem linken Arm auf Arbeitsniveau in ganztägigem Umfang möglich, ebenso können beidhändig Lasten von 20 - 25kg getragen, nicht jedoch über Bauchniveau angehoben oder in körperfernen Positionen gehalten werden. Dr. med. E. _____

hielt im Rahmen der ärztlichen Untersuchung vom 28. November 2016 (act. II 83) weiterhin in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten fest, die klinische Untersuchung zeige weitgehend identische Befunde wie bereits vor zwei Jahren, womit das am 28. Mai 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil weiterhin Gültigkeit habe. Wie das Verwaltungsgericht bereits erkannt hat, ist dieser Beurteilung zu folgen (VGE UV/2018/102, E. 3.6 ff.). Im Rahmen des Arbeitstrainings in der Abklärungsstelle D._____, Stiftung für berufliche Integration war eine rasche Steigerung des Arbeitspensums möglich (act. II 52) und schliesslich konnte das ärztliche Profil auch in der praktischen Erprobung (act. II 60) bestätigt werden. Schliesslich bestehen auch gestützt auf alle weiteren Akten keinerlei Anzeichen dafür, dass die damalige Einschätzung unzutreffend gewesen wäre bzw. anderweitig in die Beurteilung einzubeziehende (neue) medizinische Faktoren aufgetreten wären. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

3.4

3.4.1 Am 18. Januar 2018 erlitt der Beschwerdeführer ein Schulterkontusionstrauma. Er war beim Abladen von Paketen aus ca. 50-70 cm nach hinten auf den Rücken gestürzt (act. C._____, 1, 29). Nach Einlieferung auf den Notfall mit der Ambulanz wurde er ohne wesentliche Befunde am gleichen Tag wieder entlassen (act. C._____, 29). Im Spital J._____ wurde am 12. Februar 2018 (act. C._____, 20) eine normale Schultermuskulatur beidseits ohne Atrophie, eine aktive Elevation und Abduktion bis 80° und passiv bis 90° sowie eine MR-tomographisch intakte Rotatormanschette festgestellt, dies in Kenntnis und basierend auf dem MRI-Bericht vom 7. Februar 2018 (act. C._____, 28). Strukturelle Veränderungen konnten nicht identifiziert werden. Auch die Folgeberichte des behandelnden Arztes zeigten keine massgeblichen strukturellen Veränderungen (act. C._____, 32, 38). Anlässlich verschiedener Untersuchungen wurden Diskrepanzen insoweit festgestellt, als eine passiv freie im Gegensatz zu einer aktiv stark eingeschränkten Beweglichkeit erstellt wurde (act. C._____, 38, 57). Damit in Übereinstimmung stehen die Einschätzung der Ärztin der C._____ Dr. med. O._____ (act. C._____, 46) wie auch die zahlreichen Einschätzungen des behandelnden Arztes, dass weitere operative Vorgehen nicht zielführend sind und davon abgeraten wurde

(act. C. _____ 22, 32, 57, 61; II 98 S. 2 f., 104 S. 5 f., 108 S. 4 f.). Die im Rahmen des Einspracheverfahrens erstellte weitere Stellungnahme der Ärztin vom 14. Februar 2019 (act. C. _____ 77) enthält keine wesentlichen neuen Erkenntnisse.

3.4.2 In den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten des behandelnden Arztes vom 15. November 2018 (act. II 104 S. 5 f.) und vom 9. März 2019 (act. II 108 S. 4 f.) verweist dieser auf die „katastrophale“ Schmerzsituation, spricht seine bereits früher geäusserten Vorbehalte für weitere operative Massnahmen bei diskrepanten aktiven und passiven Befunden an und fordert eine Zweitbeurteilung von einem Fachspezialisten ein. Der behandelnde Arzt hat damit zwar scheinbar advokatorisch Stellung genommen jedoch nach wie vor keine objektiven Veränderungen der gesundheitlichen Situation erhoben. Vielmehr hat er erneut medizinisch sachlich die Diskrepanzen dokumentiert. Es fällt auf, dass nach wie vor eine aktiv kaum bewegliche Schulter demonstriert wurde, dies jedoch passiv nicht bestätigt werden konnte. Auch wenn der behandelnde Arzt auf eine der subjektiven Schilderung des Beschwerdeführers entspringende „unglaubliche“ Schmerzsituation (act. II 108 S. 4) hinweist, so hat er damit keine medizinische Begründung für ein Abweichen von den bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen erbracht. Es kann denn auch offen bleiben, ob das vom Arzt damals verwendete Wort „unglaublich“ im Sinne einer advokatorischen Verstärkung oder aber im Sinne von „nicht glaubhaft“ zu verstehen ist.

3.4.3 In dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht der Klinik P. _____ vom 17. April 2019 (act. II 112 S. 17 f.) wurden (erneut) nozizeptive und neuropathische Schulterschmerzen links attestiert. Diesbezüglich hat das Verwaltungsgericht bereits erkannt, dass und weshalb der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten daraus ableiten kann. Eine Nervenschädigung war medizinisch nicht ausgewiesen (VGE UV/2016/995, E. 3.4.2; VGE UV/2018/102, E. 3.6.3). Daran hat sich auch gemäss diesem Bericht nichts geändert. Die geltend gemachten finanziellen Probleme, welche die Therapie angeblich verhindern sollen, sind nicht nachvollziehbar. Die multimodale Therapie wurde von den Ärzten als indiziert bezeichnet (act. II 112 S. 17) und es liegen keine Unterlagen vor, die eine Kostenab-

lehnung des (vorleistungspflichtigen [vgl. Art. 70 Abs. 1 lit. a ATSG]) Krankenversicherers belegen würden. Damit hätte der Beschwerdeführer einzig Franchise und Selbstbehalt selber zu bezahlen. Angesichts der übrigen Behandlungen dürften diese jedoch bereits konsumiert sein. Es bestehen damit auch gestützt auf diesen Bericht Zweifel am Leidensdruck.

3.4.4 Nach dem Gesagten ist eine Veränderung der somatischen Situation auch seit der letzten gerichtlichen Beurteilung bis mindestens zum massgeblichen Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 18. April 2019 (vgl. E. 2.6 hiervor) nicht ausgewiesen. Dass der Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit nun seit Jahren nicht einsetzt und damit eine gewisse Dekonditionierung eingetreten ist, haben nicht die Sozialversicherungsträger mit Leistungen zu übernehmen.

3.5 Beschwerdeweise wird geltend gemacht, es dränge sich eine psychiatrische Untersuchung auf (Beschwerde S. 7 Ziff. 10). Gemäss dem Bericht von Dr. med. Q._____ vom 14. Januar 2019 (act. C._____ 74) war der Beschwerdeführer bei diesem zwar angemeldet, ohne dass die entsprechenden Besuche jedoch einer eigentlichen Therapie entsprechen würden, hat der Arzt den Beschwerdeführer doch einzig am 7. März 2017 und 7. Dezember 2018 gesehen. Die Neuvorstellung im Dezember 2018 erfolgte gemäss Dr. med. Q._____ auf Anraten des Anwaltes und ist im Zusammenhang mit den Versicherungsstreitigkeiten zu sehen. Hinweise auf eine bedeutende psychiatrische Komponente fanden sich denn auch im Rahmen des Arbeitstrainings bei der Abklärungsstelle D._____ nicht (act. II 52). Es bestehen damit keine massgeblichen Anzeichen für eine psychische Störung, die weiterer Abklärungen bedürfte. Solches hat auch Dr. med. Q._____ nicht angenommen.

3.6 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass in einer angepassten Tätigkeit seit November 2012 bis mindestens zum Datum des Verfügungserlasses, dem 18. April 2019, eine volle Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. E. 3.3 hiervor). Leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten mit dem linken Arm auf Arbeitsniveau sind in ganztägigem Umfang möglich, ebenso können beidhändig Lasten von 20 - 25kg getragen werden. Nicht zumutbar sind Tätigkeiten auf und über Schulterniveau mit der linken Schulter. Lasten können nicht über Bauchniveau angehoben oder in körperfernen Posi-

tionen gehalten werden (act. II 56 S. 8). Der medizinische Sachverhalt wurde seitens der Verwaltung in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich weitere Erhebungen, insbesondere das beschwerdeweise (S. 2 Ziff. 2 lit. c) beantragte Gerichtsgutachten, erübrigen.

Daran ändern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens, d.h. mit der Beschwerde bzw. anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung aufgelegten weiteren Berichte nichts.

3.7

3.7.1 Im ausserhalb des relevanten Zeitraums erstellten und mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 6. Mai 2019 (act. I 5) schilderte Dr. med. F. _____ psychosoziale Belastungen und subjektiv demonstrierte Einschränkungen. Er diagnostizierte eine Ausdünnung/fragliche Re-Ruptur der posterioren Supraspinatussehne bei möglichem Low-grade-Infekt und bezeichnete eine Operation nach wie vor als nicht zielführend, auch wenn die Operation auf Wunsch des Beschwerdeführers nun dennoch durchgeführt werden solle. Objektive medizinische Befunde, die eine massgebliche Veränderung belegen würden, fehlen jedoch auch gemäss diesem Bericht. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass hinsichtlich der Verdachtsdiagnose einer Ruptur bereits das MRI vom 23. April 2019 eine solche erneut ausdrücklich ausgeschlossen hatte (act. II 112 S. 20). Des Weiteren liegt gemäss dem Bericht zur Bildgebung - wie bereits 2018 (vgl. E. 3.1.8 hier- vor; act. C. _____ 28) - weder eine Muskelatrophie noch eine fettige Degeneration vor (act. II 112 S. 20). Es wurde damit bildgebend weitgehend die gleiche Situation geschildert, wie sie nun seit Jahren vorliegt. Anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 12. November 2019 hat der Beschwerdeführer weitere Berichte des Dr. med. F. _____ vom 29. und 31. Mai 2019 aufgelegt. Im Operationsbericht vom 29. Mai 2019 (act. I 7) wie auch im Austrittsbericht vom 31. Mai 2019 (act. I 8) diagnostizierte Dr. med. F. _____ wie im Bericht vom 6. Mai 2019 (act. I 5) eine Ausdünnung / fragliche Re-Ruptur der posterioren Supraspinatussehne bei möglichem Low grade-Infekt. Selbst wenn diese Diagnose entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 27. November 2019 eine (nicht nur vorübergehende) Veränderung der Situation

darstellen würde, änderte dies an der Würdigung der massgeblichen Lage bis zu dem das Ende des zeitlichen Beurteilungsrahmens darstellenden Zeitpunkt, dem 18. April 2019 (vgl. E. 2.6 und 3.4.4) nichts. Noch in seiner Beurteilung vom 9. März 2019 (vgl. E. 3.1.13 hiavor) konnte Dr. med. F._____ die nun geltend gemachten Verletzungen nicht objektivieren. Angesichts der vorherigen durchaus lückenlosen Dokumentation auch durch Dr. med. F._____ wäre denn auch nicht ersichtlich, in welcher Weise eine allfällige Änderung (wenn sie denn anlässlich der Operation objektiviert wurde) zeitlich hinreichend genau und mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Zeitpunkt zwischen dem 9. März 2019 und dem Verfügungsdatum vom 18. April 2019, bzw. gar auf einen noch früheren Zeitpunkt gelegt werden könnte. Abgesehen davon, dass eine Veränderung schliesslich mindestens drei Monate anhalten muss, um von Bedeutung zu sein (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Damit lässt sich eine allfällige Veränderung der Situation auf jeden Fall nicht (mehr) auf einen Zeitpunkt vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung festlegen. Eine solche liesse sich frühestens und damit im besten Fall für den Beschwerdeführer auf das Datum der (neuerlichen) MRI-Untersuchung vom 23. April 2019 und die darauf folgende ärztliche Beurteilung vom 6. Mai 2019 legen (vgl. E. 3.1.15 hiavor).

3.7.2 Auch der mit den Schlussbemerkungen eingereichte weitere Bericht des Dr. med. F._____ vom 10. Dezember 2019 (act. I 9) führt zu keiner anderen Beurteilung. Dabei kann offen bleiben, ob das Beweisverfahren mit Blick auf die deutlich nach dem hier relevanten Zeitraum erstellten Berichte überhaupt wieder zu öffnen wäre. In diesem neusten Bericht wird weder in diagnostischer Hinsicht noch bezüglich der Befundlage vom behandelnden Arzt etwas anderes dargelegt, als was er bereits im Bericht vom 6. Mai 2019 ausgeführt hatte. Schliesslich ist zu beachten, dass Dr. med. F._____ in diesem Bericht wie auch im ärztlichen Zeugnis vom 9. Dezember 2019 (act. I 10) das Attest der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in Abweichung zu den anlässlich der Schlussverhandlung aufgelegten Berichten nicht mehr auf das Operationsdatum vom 28. Mai (act. I 8), sondern auf den 6. Mai 2019 bezieht und in Abweichung zu der vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung dargelegten Beschwerde-

freiheit zudem eine mindestens bis 8. März 2020 dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Das Attest beschlägt auch so allein einen Zeitpunkt bzw. Zeitraum nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung.

Allfällige anlässlich der Operation erhobene Veränderungen bzw. eine zufolge einer längeren Rekonvaleszenz danach bestehende Arbeitsunfähigkeit kann nicht vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung invalidenversicherungsrechtliche Rechtsfolgen zeitigen. Die Berichte sind bei dieser Ausgangslage jedoch immerhin in Verbindung mit den Ausführungen anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 12. November 2019 als Neuanschuldung an die Beschwerdegegnerin zu überweisen.

Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleich zu ermitteln.

4.

4.1

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).

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 Lohnstrukturerhebungen (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 ent-

sprechend 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 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). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung des Unfalles vom 18. Februar 2012 und des Wartejahres sowie der Anmeldung im Dezember 2012 (act. II 1) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.3 hiervor) auf Juni 2013 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2.1 Das ursprüngliche Arbeitsverhältnis mit der R. _____ AG wurde unfallbedingt aufgelöst und würde im hypothetischen Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterbestehen. Im VGE UV/2016/995, E. 4.3.1 hat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern erkannt, dass das Valideneinkommen gestützt auf den von der R. _____ AG gemeldeten Lohn zuzüglich Schichtzulagen zu berechnen ist. Darauf ist auch im vorliegenden

Urteil abzustellen. Ohne Gesundheitsschaden hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2013 Fr. 62'400.-- zuzüglich Schichtzulagen erzielt. Da die Arbeitgeberin am 15. Januar 2013 auf eine variierende Schichtzulage verwies (act. II 7 S. 4), ist die Schichtzulage von Fr. 290.-- monatlich (vgl. VGE UV/2016/995, E. 4.3.1) zu berücksichtigen. Somit resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 66'170.-- (Fr. 4'800.-- + Fr. 290.-- Schichtzulage x 13 Monate).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2012) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar ist (E. 3.4 hiervor), ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf den Totalwert des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der Tabelle TA1 festgelegt hat, zumal dem Beschwerdeführer verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) und das massgebende Jahr 2013 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 : 101.7 x 102.5 [BFS, Nominallöhne Männer 2011 – 2017, Tabelle T1.1.10, Total]) im Jahr. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte einen LSE-Abzug von 10% (act. II 109 S. 1), was den massgeblichen Faktoren (vgl. E. 4.1.2 hiervor), insbesondere den Einschränkungen gemäss medizinischem Zumutbarkeitsprofil, Rechnung trägt. Daraus ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 59'120.80.

4.2.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'170.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'120.80 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 7'049.20, was einem IV-Grad von gerundet 11% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3) entspricht. Somit besteht entsprechend dem seit November 2012 unverändert geltenden Zumutbarkeitsprofil kein Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.3 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es 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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Akten werden an die IV-Stelle Bern weitergeleitet zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (inkl. Schlussbemerkungen und Berichte)
- 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.