

200 19 656 IV
FUE/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Mai 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als ... angestellt, als er am 23. Juli 2000 eine Fraktur des Fussgelenks rechts erlitt, in dessen Folge sich eine ausgeprägte Arthrose des rechten oberen Sprunggelenkes (OSG) entwickelte (Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung [IV; act. II] 8, 108). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) sprach dem Versicherten ab 1. April 2003 unter anderem eine Rente bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 20% zu, welche ab 1. April 2004 auf 22% erhöht wurde (act. II 63; 66).

Parallel dazu hatte sich der Beschwerdeführer im Juni 2001 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet (act. II 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor und verneinte mit Verfügung vom 20. Mai 2005 (act. II 71) einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 27%. Von Oktober 2007 bis Ende Juni 2013 war der Beschwerdeführer als ... angestellt (act. II 120). Am 30. April 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 109). Die IVB gewährte ein dreimonatiges Arbeitstraining (act. II 154) und wies den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 14. Januar 2014 ab (act. II 156), was vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 18. August 2014 (IV/2014/159, act. II 170) geschützt wurde. Mit Verfügung vom 3. Juni 2014 (act. II 169) verneinte die IVB einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 26%.

Im März 2016 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 176). Die IVB nahm wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere sprach sie eine berufliche Grundabklärung bei der Abklärungsstelle C. _____ vom 21. August bis 20. November 2017 zu (Akten der IV [act. IIA] 193; 199). Am 17. November 2017 wies sie den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen ab (act. IIA 197). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD, act. IIA 208) holte sie ein interdisziplinäres (orthopädisch-psychiatrisches) Gut-

achten von den Fachärzten der MEDAS D._____ GmbH (MEDAS) ein (Expertise vom 29. Juni 2018, act. IIA 219.1, 219.2). Mit Vorbescheid vom 19. Juli 2018 (act. IIA 221) stellte die IVB die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 29% in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, unter Beilage neuer Arztberichte Einwand (act. IIA 222). In der Folge liess die IVB die beiden Gutachter Stellung nehmen (Stellungnahmen vom 9. und 15. November 2018, act. IIA 238, 239). Nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 241) holte die IVB ein orthopädisches Verlaufsgutachten (Expertise vom 19. Februar 2019, act. IIA 250.1) ein. Mit Vorbescheid vom 10. April 2019 (act. IIA 256) stellte sie einen abschlägigen Rentenentscheid bei einem IV-Grad von 24% in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. IIA 259). Am 28. Juni 2019 (act. IIA 261) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 2. September 2019 erhob der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und stellte die folgenden Begehren:

1. Die Verfügung vom 28. Juni 2019 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2016 eine Dreiviertelsrente zu entrichten.

Eventualiter:

Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer ab dem 1. September 2016 eine halbe Rente, eventualiter eine Viertelsrente zu entrichten.

Subeventualiter:

Die Akten seien zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

-unter Kosten- und Entschädigungsfolge-

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 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 28. Juni 2019 (act. IIA 261). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 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).

2.4 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder

ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

2.5 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2016 (act. II 176) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 3. Juni 2014 (act. II 169) und der hier angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2019 (act. IIA 261) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 3. Juni 2014 (act. II 169) stützte sich massgeblich auf den Bericht der RAD-Ärztin med. pract. E. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 22. August 2013 (act. II 138). Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine posttraumatische OSG-Arthrose links mit/bei Supinationstrauma am 24. Juni 1993, Abklärungsstelle C. _____-Plastik OSG lateral links am 21. Januar 1994 sowie eine posttraumatische OSG-Arthrose rechts mit/bei Malleolarfraktur Typ C rechts am 23. Juli 2000, in Fehlstellung verheilt, OSG-Arthrodese rechts am 13. Dezember 2012. Zur Arbeitsfähigkeit hielt sie fest, zumutbar sei eine leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung, wobei mindestens die Hälfte der Tätigkeit sitzend ausgeführt werden sollte, ganztags ohne Leistungsminderung. Es sollten keine Arbeiten in unwegsamem Gelände, keine Arbeiten in Zwangsposition der Füsse, kein repetitives Treppensteigen, kein Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, keine Arbeit auf dem Dach oder in Absturzgefahr durchgeführt werden. Kein regelmässiges Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg (S. 3).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2019 (act. IIA 261) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde.

3.3.1 Der behandelnde Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Arztbericht vom 26. Dezember 2017 (act. IIA 205) insbesondere rezidivierende depressive Störungen mit stark ausgeprägten existentiellen Zukunftsängsten (ICD-10 F33.1), in persistierenden stark belastenden Lebensumständen (anhaltende Fusschmerzen beidseits, zurzeit rechts betont mit entsprechenden invalidisierenden funk-

tionellen Einschränkungen, stark beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit und Ähnliches, S. 1). Der Beschwerdeführer zeige eine depressive Grundstimmung, wirke innerlich stark verunsichert, nervös, impulsiv, stress- und frustintolerant, zeige ein eindeutig vermindertes Belastbarkeits- und Ausdauervermögen und äussere häufig starke existentielle Zukunftsängste. Er klage weiterhin über anhaltende schmerzbedingte Schlafstörungen mit häufigen Alpträumen sowie über anhaltende belastungsabhängige Fusschmerzen beidseits, rechts betont mit entsprechenden eindeutig invalidisierenden funktionellen Einschränkungen, Konzentrationsprobleme und Vergesslichkeit (S. 2). Die Arbeitsfähigkeit sei bereits seit etwa drei Jahren eindeutig um mindestens 50% langfristig eingeschränkt für alle Erwerbstätigkeiten (siehe Arbeitsabklärungsbericht der Abklärungsstelle C._____). Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht seien leichte einfache sitzende Erwerbstätigkeiten halbtags zumutbar und es bestehe dabei eine stark verminderte Leistungsfähigkeit (S. 2 f.).

3.3.2 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 29. Juni 2018 (act. IIA 219.1, 219.2) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie. Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 219.1 S. 23):

- Cervicovertebralsyndrom bei Uncovertebralarthrose C4 bis 7 mit Diskusprotrusion C4/5, Diskushernie C5/6 und Kompression der Nervenwurzel C6 rechts sowie Diskushernie C6/7 und Kompression der Nervenwurzel C7 links
- Lumbofemoralgie beidseits bei Spondylarthrosen sowie Diskusprotrusion L2/3 mit Kontakt zur Nervenwurzel L2 rechts sowie Diskushernie L5/S1 und Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts
- Chondropathie Grad III bis IV des medialen Femurcondylus und Grad II bis III femoropatellär bei Nullachse und Status nach medialer Teilmeniskektomie 09/2007 rechts
- Rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden (ICD-10 F33.0, F33.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 219.1. S. 13; act. IIA 219.2 S. 21):

- Schmerzpersistenz nach OSG-Arthrodeese rechts 12/2012, Metallentfernung 01/2014, USG-Arthrodeese und Tarsaltunnel-Release 12/2014, Osteosynthesematerialentfernung und Rearthrodeese des USG's 08/2015, Metallentfernung und überbrückender Reosteosynthese USG mit Dekortikation und valgusierender Osteotomie der distalen Tibia und Fibula 08/2016 sowie Metallentfernung 02/2017 bei Senkfuss
- Senkfuss links
- Adipositas
- Psychische Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)

In orthopädischer Hinsicht führte Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Schmerzen in der Halswirbelsäule und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben könnten auf die im MRI sichtbare Uncovertebralarthrose C4 bis 7 mit Diskusprotrusion C4/5, die Diskushernie C5/6 mit Kompression der Nervenwurzel C6 rechts sowie die Diskushernie C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links zurückgeführt werden. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde derselben seien mit den im MRI nachgewiesenen Facettengelenksarthrosen und Diskusprotrusion L2/3 mit Kontakt zur Nervenwurzel L2 rechts sowie der Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts vereinbar. Die Schmerzen im rechten Kniegelenk seien bei fehlenden abnormen Untersuchungsbefunden derselben durch die im MRI dokumentierte Chondropathie Grad III bis IV des medialen Femurcondylus sowie die Chondropathie Grad II bis III femoropatellär bei Nullachse bedingt. Die Schmerzen im rechten Rückfuss könnten bei fehlenden pathologischen objektiven Befunden und normalem radiologischem Befund nicht objektiviert werden. Die radiologisch sichtbare beginnende Talonaviculararthrose erkläre die Beschwerden ebenfalls nicht (act. IIA 219.1 S. 12 f.). Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. G._____ fest, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe seit dem Gutachtenszeitpunkt bei voller Stundenpräsenz eine 40%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 60%). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd

sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne kniende Positionen, ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen, könnten seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zugemutet werden (act. IIA 219.1 S. 16 f.).

In psychiatrischer Hinsicht legte Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, der Beschwerdeführer habe im Zusammenhang mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik und psychosozialen Problemen mit Arbeitslosigkeit sowie Partnerproblemen seit etwa Juli 2013 eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden, verstärkt bei psychosozialen Problemen, entwickelt. Es lasse sich seit etwa Dezember 2017 ein nahezu regelmässiger vermehrter Alkoholkonsum mit schädlichem Gebrauch erheben. Allerdings dürften noch kein Alkoholabhängigkeitssyndrom und damit keine Sucht vorliegen (act IIA 219.2 S. 21). Zur Arbeitsfähigkeit legte Dr. med. H. _____ dar, der Beschwerdeführer könne aus rein psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als ... 8 bzw. 8.5 Stunden am Tag arbeiten. Während dieser Anwesenheit sei eine Leistungseinschränkung von 30% anzunehmen. Damit könne eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 30%) angenommen werden. Bei einer adaptierten Tätigkeit sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln. Der Beschwerdeführer könne 8 bzw. 8.5 Stunden pro Tag arbeiten. Dabei sei eine Leistungseinschränkung von 20% anzunehmen (act. II 219.2 S. 29 f.). Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne seit mindestens August 2014 angenommen werden (act. II 219.2 S. 30 f.).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus, Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten seit August 2014 bei voller Stundenpräsenz zu 80% (Arbeitsunfähigkeit 20%) zugemutet werden. Seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung sollte es sich zudem um körperlich leichte Tätig-

keiten in temperierten Räumen handeln, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne kniende Positionen (act. IIA 219.1 S. 25). Vor Juni 2014 liege keine ausführliche Darstellung des orthopädischen Gesundheitszustandes vor. Die Wirbelsäulenschmerzen und die Kniegelenkschmerzen rechts seien nie näher abgeklärt worden. Es könne bestätigt werden, dass seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung ein veränderter Gesundheitszustand aufgrund der folgenden Diagnosen vorliege: Cervicovertebralsyndrom bei Uncovertebralarthrose C4 bis 7 mit Diskusprotrusion C4/5, Diskushernie C5/6 und Kompression der Nervenwurzel C6 rechts sowie Diskushernie C6/7 und Kompression der Nervenwurzel C7 links, Lumbofemoralgie beidseits bei Spondylarthrosen sowie Diskusprotrusion L2/3 mit Kontakt zur Nervenwurzel L2 rechts sowie Diskushernie L5/S1 und Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts, Chondropathie Grad III bis IV des medialen Femurcondylus und Grad II bis III femoropatellär bei Nullachse und Status nach medialer Teilmeniskektomie 09/2007 rechts (act. IIA 219.1 S. 25 f.).

3.3.3 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 24. August 2018 (act. IIA 229 S. 4 f.) insbesondere periscapuläre Beschwerden links bei einem Status nach lateraler Claviculafraktur, Rippenreihenfraktur 3-10 dorsal links, Scapulaquerfraktur undisloziert vom 2. Juli 2012. Anamnestisch leide der Beschwerdeführer seit drei Jahren unter zunehmenden Beschwerden, die rund um das Schulterblatt lokalisiert seien (S. 4).

Dr. med. I. _____ diagnostizierte im Bericht vom 7. September 2018 (act. IIA 229 S. 2 f.) nach durchgeführtem MRI Schulter links vom 30. August 2018 (act. IIA 222 S. 5 f.) eine beginnende posttraumatische Omarthrose links mit/bei assoziierter Biceps- und Subscapularistendinopathie und AC-Arthrose sowie einem Status nach lateraler Claviculafraktur, Rippenreihenfraktur 3-10 dorsal links, Scapulaquerfraktur undisloziert vom 2. Juli 2012 sowie periscapuläre Myogelosen. Die Schulter sollte in Zukunft geschont werden. Leichte Tätigkeiten vor dem Körper seien weiterhin mög-

lich. Tätigkeiten von Brusthöhe an aufwärts und Vibrationen und Schläge sollten vermieden werden (S. 3).

3.3.4 Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 10. September 2018 (act. IIA 222 S. 4) fest, der Beschwerdeführer leide bereits seit einigen Jahren unter chronisch fluktuierenden therapieresistenten klinisch relevanten mittelgradigen depressiven Störungen (ICD-10 F33.1). Der Alkoholkonsum sei klinisch nicht relevant, der Beschwerdeführer sei nicht alkoholabhängig. Die depressiven Störungen dürften nicht in den Vordergrund gestellt werden, weil sie von sekundärer Bedeutung seien. Für die Invalidisierung des Beschwerdeführers sei vor allem die katastrophale jahrelang bestehende Fussituation rechts verantwortlich. Es sei absolut unseriös, wenn der begutachtende Psychiater trotzdem eine ganztägige leidensangepasste Erwerbstätigkeit mit normaler Leistungsfähigkeit als zumutbar erachte. Der Beschwerdeführer sei eindeutig gehbehindert und könne schmerzbedingt nicht längere Zeit sitzen oder stehen. In seinen alltäglichen Aktivitäten sei er stark eingeschränkt. Die Ressourcen zur Bewältigung der psychischen Störung seien stark eingeschränkt. Er könne dem Beschwerdeführer höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte sitzende Tätigkeiten mit verminderter Leistungsfähigkeit attestieren.

3.3.5 Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 18. September 2018 (act. IIA 233 S. 3 f.) nach durchgeführtem MRI OSG links vom 31. August 2018 Restbeschwerden nach OSG-/USG-Arthrodese rechts, eine hypertrophe Narbe Deltaband/Innenknöchel links sowie eine Tendinose des Tibialis anterior links (S. 3). Die Mittelfussbeschwerden dürften auf die Tibialis anterior-Sehnenpathologie zurückzuführen sein, diese sei degenerativer Natur. Die Problematik am Innenknöchel dürfte hauptsächlich narbiger Natur sein. Eine entzündliche Aktivität sei nur in geringem Ausmass vorhanden (S. 4).

3.3.6 In der Stellungnahme vom 9. November 2018 (act. IIA 238) führte Dr. med. G. _____ aus, anlässlich der Begutachtung vom 9. Mai 2018 habe der Beschwerdeführer spontan nicht explizit über Schulterschmerzen links geklagt. Im MRI zeigten sich nun degenerative Veränderungen der linken Schulter, weshalb eine Neu Beurteilung durchgeführt werden müsse,

inklusive ausgiebiger Anamnese und Untersuchung der linken Schulter. Auch bezüglich der Rückfussbeschwerden rechts wäre allenfalls eine Neu-
beurteilung notwendig (S. 1 f.).

3.3.7 In der Stellungnahme vom 15. November 2018 (act. IIA 239) legte der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H._____, bezugnehmend auf den Bericht des behandelnden Psychiaters vom 10. September 2018 (act. IIA IIA 222 S. 4) dar, aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht sei eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden diagnostiziert worden, die einer fluktuierenden rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden entspreche. Der Vorwurf einer Unseriösität sei entschieden zurückzuweisen, da es aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht nicht zulässig sei, bezüglich der körperlichen Beschwerden Stellung zu nehmen und diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen (S. 1 f.).

3.3.8 Im orthopädischen Verlaufsgutachten vom 19. Februar 2019 (act. IIA 250.1) stellte Dr. med. G._____ nach durchgeführter Untersuchung die folgenden – im Vergleich zur Vorbegutachtung zusätzlichen – Diagnosen (S. 11. f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aktivierte Acromioclaviculargelenksarthrose, Partialläsion der Subscapularissehne, SLAP-Läsion IV mit Irregularitäten am Glenoid und posteriore Labrumläsion sowie Impression antero-inferior am Humeruskopf bei Status nach wahrscheinlicher Subluxation der linken Schulter
- Osteochondrale Läsion am Malleolus medialis und Peritendinitis der Tibialis anterior Sehne bei Senkfuss links

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Peritendinitis der Flexor digitorum profundus Sehne

Im Gegensatz zur Begutachtung vom Mai 2018 beklage der Beschwerdeführer nun zunehmende bandförmige Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk nach der Operation am 3. Februar 2017 mit Fortsetzung in den Fuss lateral. Das Laufen sei, wie bereits erwähnt, auf 30 Minuten limitiert und gelegentlich werde ein Gehstock verwendet. Der rechte Rückfuss

sei geschwollen (S. 13). Die Schmerzen in der linken Schulter und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben könnten zumindest teilweise auf die im MRI sichtbare aktivierte Acromioclaviculargelenksarthrose, die Partialisalläsion der Subscapularissehne und die SLAP-Läsion IV zurückgeführt werden. Die Schmerzen im rechten Rückfuss könnten bei adäquatem postoperativem Befund in dem Ausmass nicht plausibilisiert werden. Die Tendinitis der Flexor digitorum profundus Sehne plantar, wie sie im MRI beschrieben worden sei, erkläre die Beschwerden jedenfalls nur unvollständig (S. 11). Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. G. _____ fest, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei voller Stundenpräsenz eine 35%ige Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 65%). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne kniende Positionen, ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen, ohne repetitive Bewegungen der linken Schulter und ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen, könnten seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zugemutet werden (S. 15).

3.4 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 ei-

nes 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).

3.5 Das interdisziplinäre Gutachten vom 29. Juni 2018 (act. IIA 219.1, 219.2) samt Stellungnahmen vom 9. und 15. November 2018 (act. IIA 238, 239) sowie das orthopädische Verlaufsgutachten vom 19. Februar 2019 (act. IIA 250.1) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugen. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt den Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.5.1 Zunächst geht aus dem interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2018 (act. IIA 219.1) hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 3. Juni 2014 (act. II 169) verändert hat (vgl. E. 2.4 hiavor). Mit den zahlreichen pathologischen Wirbelsäulenbefunden (act. IIA 219.1 S. 25 f., vgl. E. 3.3.2 hiavor) ist eine potentiell relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten. Demzufolge ist vorliegend eine revisionsrechtlich erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes erstellt. Der Rentenanspruch ist deshalb frei zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.5.2 Die Gutachter haben die gestellten orthopädischen und psychiatrischen Diagnosen überzeugend und nachvollziehbar begründet (vgl. E. 3.3.2, 3.3.8 hiavor). Ferner haben sie schlüssig dargelegt, dass Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, seit August 2014 bei voller Stundenpräsenz zu 80% (Arbeitsunfähigkeit 20%) zugemutet werden können (act. IIA 219.1 S. 25). Aus orthopädischer Sicht sollte es sich dabei seit dem Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung um körperlich leichte Tätigkeiten in tempe-

rierten Räumen handeln, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne kniende Positionen, ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen, ohne repetitive Bewegungen der linken Schulter und ohne häufige Arbeiten über der Horizontalen, bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zumutbar (act. IIA 250.1 S. 15). Aus der interdisziplinären Konsensbeurteilung erhellt, dass keine Kumulation der in psychiatrischer und orthopädischer Hinsicht attestierten Arbeitsunfähigkeit erfolgt (act. IIA 219.1 S. 25), woran sich mit der Erstattung des orthopädischen Verlaufsgutachtens (act. IIA 250.1) nichts geändert hat. Insgesamt resultiert eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

3.5.3 Was der Beschwerdeführer gegen den Beweiswert der Gutachten einwendet, dringt nicht durch:

Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, aufgrund des Verhaltens von Dr. med. G. _____ an der Untersuchung vom 16. Januar 2019 sowie den Bemerkungen im Verlaufsgutachten vom 19. Februar 2019 sei Befangenheit anzunehmen (Beschwerde S. 5 f.), kann dem nicht gefolgt werden. Ausstands- oder Ablehnungsgründe sind so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 132 V 93 E. 7.4.2 S. 112). Zwar hat sich der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. Januar 2019 über die Umstände der Verlaufsbeurteilung (Verdolmetschung in ... statt in ..., Äusserung über Deutschkenntnisse) bei der Beschwerdegegnerin beschwert, doch hat er – obschon anwaltlich vertreten – den Experten nicht als befangen abgelehnt. Er hat lediglich seine Befürchtung geäussert, dass die Expertise „nicht brauchbar sein“ werde (act. IIA 249), was nicht als Ausstandsbegehren gewertet werden kann. Damit ist die Verfahrensrüge verspätet erfolgt. Dasselbe gilt in Bezug auf die beanstandete Textpassa-

ge, in welcher der Orthopäde auf den Umstand hinwies, dass der Beschwerdeführer einen Dolmetscher benötige, obschon er seit 34 Jahren in der Deutschschweiz lebe, Schweizer Bürger sei und gemäss Lebenslauf über gute mündliche und schriftliche Deutschkenntnisse verfüge (act. IIA 250.1 S. 9). Diese Passage ist nicht neu, sondern fand sich nahezu identisch (samt Frage- und Ausrufezeichen) bereits im interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2018 (act. IIA 219.1 S. 9 Ziff. 4.1). Somit hätte der Beschwerdeführer bereits nach Vorliegen des Gutachtens vom 29. Juni 2018 ein Ausstandsbegehren stellen müssen.

Des Weiteren mindern weder die Verdolmetschung in ... (statt in ...) noch die erwähnte Bemerkung des Experten den Beweiswert seiner Expertisen. Denn wie aus den Gutachten hervorgeht, war eine Verständigung zwischen dem Beschwerdeführer und dem Gutachter ohne Weiteres möglich, konnte der Beschwerdeführer doch seine Beschwerden detailliert schildern (bspw. „im Gegensatz zur Begutachtung 5/2018 beklagt der Explorand nun zunehmende bandförmige Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk“; act. IIA 250.1 S. 7). Dass bzw. welche konkreten und entscheidewesentlichen Gegebenheiten vom Experten aufgrund von Verständigungsproblemen nicht korrekt bzw. umfassend erfasst worden wären, legt der Beschwerdeführer denn auch nicht dar. Überdies kommt der – hier nicht beeinträchtigen – Verständigung zwischen Experte und versicherter Person bei einer somatischen Begutachtung ohnehin nicht dieselbe Bedeutung zu wie bei einer psychiatrischen Abklärung (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 26. April 2006, I 28/06, E. 3.1). Was die gutachterliche Feststellung betreffend die fehlenden Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers samt Klammerbemerkung („?!!“) betrifft, begründet dies für sich allein keinen Befangenheitsanschein, ist doch das Gutachten in einem sachlichen und professionellen Ton abgefasst. Auch ist die Klammerbemerkung, die unnötig erscheint, im Kontext zu würdigen, dass der Beschwerdeführer trotz 34 Jahren in der Deutschschweiz, des (Sprachkenntnisse voraussetzenden) Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts während dieser Zeit sowie seinen Angaben im Lebenslauf („gute mündliche und schriftliche Kenntnisse“) auf eine Verdolmetschung angewiesen war. Letztlich können dem Gutachten keine Anzeichen für eine Voreingenommenheit entnommen werden.

Der Beschwerdeführer macht überdies geltend, der behandelnde Dr. med. F._____ attestiere eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50%, dies in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Abklärung der Abklärungsstelle C._____ (Beschwerde S. 5). Dr. med. F._____ brachte in seiner Stellungnahme vom 10. September 2019 (act. IIA 222 S. 4) jedoch keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte vor, die dem psychiatrischen Gutachter unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (Entscheid des EVG vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen, in: SVR 2008 IV Nr. 14 S. 44). Vielmehr äusserte er sich in weiten Teilen zu den somatisch bedingten Einschränkungen, die er als Hauptgrund für die „Invalidisierung“ des Beschwerdeführers bezeichnete (act. IIA 222 S. 4), wozu er als Psychiater (ohne somatischen Facharztstitel gemäss Medizinalberuferegister) nicht befähigt ist. Folglich vermag seine Stellungnahme den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erschüttern. Ebenso wenig vermögen die Ergebnisse der Abklärung der Abklärungsstelle C._____ (act. IIA 199) die Schlussfolgerungen der Gutachter in Zweifel zu ziehen, basiert dieser Bericht doch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2).

Schliesslich ist der Einwand des Beschwerdeführers, wonach im Verlaufsgutachten vom 19. Februar 2019 neu (d.h. im Gegensatz zum interdisziplinären Gutachten vom 29. Juni 2018) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10% attestiert worden sei, aktenwidrig. Aus orthopädischer Sicht wurde bereits im Gutachten vom 29. Juni 2018 eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt (act. IIA 219.1 S. 17), wobei – wie bereits in E. 3.5.2 hiervoor erwähnt – interdisziplinär eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (keine Kumulation der Arbeitsunfähigkeit) resultierte (act. IIA 219.1 S. 25). Daher ist die damit zusammenhängende Rüge unbehelflich, es sei schleierhaft, ob die somatische und psychiatrische Einschränkung zu kumulieren seien oder nicht bzw. es fehle ein interdisziplinärer Konsens (Beschwerde S. 7).

3.5.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer in psychischer wie auch in somatischer Hinsicht umfassend abgeklärt wurde, weshalb sich weitere Erhebungen erübrigen. Nach dem Dargelegten besteht in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.5.2 f. hiervor).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 5), braucht nicht geprüft zu werden, ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20% (act. IIA 219.2 S. 30) auch aus rechtlicher Sicht zu folgen ist bzw. bleibt die Indikatorenprüfung entbehrlich, da so oder anders kein rentenbegründender IV-Grad resultiert (vgl. E. 4 ff. hiernach). Nachfolgend ist der IV-Grad mittels Einkommensvergleichs 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn-

mässig 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). Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich - ohne dies näher zu begründen - per 2018 vorgenommen (act. II 261), wogegen der Beschwerdeführer das Jahr 2016 für massgebend hält (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2). Letztlich kann die Frage nach dem korrekten Zeitpunkt bzw. dem Ablauf des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.2 hiervor) mangels Entscheidwesentlichkeit offen bleiben, und der Einkommensvergleich ist aufgrund der pro 2018 vorhandenen Lohnangaben (act. IIA 255) auf dieses Jahr hin durchzuführen.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Berechnung des Valideneinkommens in der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2019 (act. IIA 261 S. 2) auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der K._____ AG. Der Beschwerdeführer war dort zum Zeit-

punkt des Unfalles vom Juli 2000 als ... angestellt. Im Jahr 2001 betrug das monatliche Einkommen Fr. 4'483.-- (act. II 10 S. 2). Die K._____ AG wurde 2006 von der L._____ AG übernommen (<https://zh.chregister.ch>). Die Anfrage der Beschwerdegegnerin bei letzterer (act. IIA 255) hat ergeben, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2018 in der Tätigkeit als ... einen Verdienst von Fr. 71'500.-- (Fr. 5'500.-- x 13) erzielen würde, worauf abgestellt werden kann. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen (als ...; Beschwerde S. 9 Ziff. 9) realisiert hätte, wenn er gesund geblieben wäre, bestehen keine.

4.3.2 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht gestützt auf die statistischen Lohnangaben der LSE 2016 festgelegt (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abzustellen ist vorliegend auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1. Der massgebliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'340.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 80%-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit und indexiert auf das massgebliche Jahr 2018, resultiert ein Einkommen von Fr. 53'956.10 (Fr. 5'340.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.8 : 104.1 x 105.1, BFS Nominallohnindex Männer, 2011-2018, T1.1.10).

Zu prüfen bleibt, ob ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist. Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug von 10% aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils gewährt, was angemessen ist. Soweit der Beschwerdeführer einen Abzug von 25% geltend macht (Beschwerde S. 8), kann ihm nicht gefolgt werden. Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden bereits mit der um 20% eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Eine doppelte Anrechnung ist nicht zulässig (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Ferner ist eine mangelnde berufliche Ausbildung nicht beim leidensbedingten Abzug, sondern bei der Bestimmung des Anforderungsniveaus des herangezogenen Tabellenlohnes zu berücksichtigen. Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne auf dem niedrigsten Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher

oder handwerklicher Art), welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden (BGer vom 15. September 2011, 8C_427/2011, E. 5.2). Auch rechtfertigt sich vorliegend keine Herabsetzung des tabellarisch ermittelten Verdienstes aufgrund des Alters (der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt 52-jährig). Denn Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Ebenso wenig lässt sich im Hinblick auf die dem Beschwerdeführer im Bereich des Kompetenzniveaus 1 zumutbaren Verrichtungen ein Abzug vom Tabellenlohn infolge sprachlicher Schwierigkeiten rechtfertigen (BGer vom 2. September 2019, 9C_323/2019, E. 4.2; BGer vom 7. Dezember 2011, 8C_328/2011 vom 7. Dezember 2011, E. 10.2). Folglich ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 48'560.50 (Fr. 53'956.10 – 10%).

4.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'500.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'560.50 resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von gerundet 32% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

4.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

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.

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.
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

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.