

200 23 724 IV
SCI/FRN/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Februar 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. September 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Februar 2015 unter Hinweis auf gesundheitliche Probleme im Bereich der Knie, der Hüfte und des Steissbeins bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 4). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Den Anspruch auf berufliche Massnahmen wies sie mit Mitteilung vom 4. Februar 2016 ab (act. II 24). Zudem holte sie bei Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachten ein (Expertise vom 18. April 2016 [act. II 29.1]; vgl. act. II 32) und liess einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende erstellen (act. II 41). Mit Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. II 49) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 0 % einen Rentenanspruch.

B.

Am 20. September 2021 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. II 50, 52, 72.3 S. 13). Die IVB nahm daraufhin wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Insbesondere edierte sie die Akten des zuständigen Krankenversicherers. Am 22. März 2022 verneinte sie einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (act. II 69). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 77 S. 5) ordnete die IVB eine orthopädische Begutachtung an (Expertise vom 5. April 2023 von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates [Akten der IVB {act. IIA} 92.1]). Mit Vorbescheid vom 21. April 2023 (act. IIA 93) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 12. Mai 2023 Einwand (act. IIA 99). Am 26. August 2023 beantwortete Dr. med. D._____ Rückfragen (act. IIA 115), woraufhin der Versicherte am 13. September 2023 erneut Stellung nahm (act. IIA 121). Am 19. Sep-

tember 2023 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Rentenbegehrens (act. IIA 122).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 19. Oktober 2023 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 19. September 2023 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer eine angemessene Invalidenrente auszurichten.
Eventuell: Die Akten seien an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten zusätzlichen Abklärungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2023 unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des RAD vom 31. Oktober 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 1. Dezember 2023 bzw. Duplik vom 13. Dezember 2023 bestätigten die Parteien ihre Anträge.

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 19. September 2023 (act. IIA 122). 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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Vorliegend erfolgte die Neuanmeldung am 20. September 2021 (act. II 50). Demnach liegt gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Rentenbeginn nach dem 1. Ja-

nuar 2022 (vgl. E. 4.2 hiernach), womit das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3 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). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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 (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, 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 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.5.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuan-

meldungsverfahren – 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).

2.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 20. September 2021 (act. II 50) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. II 49) mit demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 19. September 2023 (act. IIA 122) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.2 ff. hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. II 49) basierte im Wesentlichen auf den folgenden Berichten:

3.2.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 3. November 2014 (act. II 9 S. 13 f.) eine beginnende Valgusgonarthrose Knie links und eine dysplastische Hüftform bei einem Status nach operativer Korrektur einer Luxation (Italien) am Hüftgelenk rechts (vgl. auch act. II 20). Die Beschwerdesymptomatik finde ihre Erklärung in einer Valgusgonarthrose (S. 13).

3.2.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 21. Januar 2015 (act. II 9 S. 11 f.) eine fortgeschrittene laterale Gonarthrose bei Valgusmorphotyp links sowie eine posttraumatische Coxarthrose rechts.

3.2.3 Im Bericht vom 15. Juni 2015 (act. II 19 S. 7 f.) diagnostizierte Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine laterale Gonarthrose links, gelegentliche Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, einen Status nach traumatischer Hüftgelenksluxation im Alter von sechs Jahren sowie chronische Schmerzen im Coccyx (S. 7). Es komme eher ein Hemiprotheseneingriff lateral in Frage. Eventuell könne auch diskutiert werden, ob mit intraartikulären Infiltrationen oder mit einer arthroskopischen Gelenkstoilette der Hemiprotheseneingriff ein paar Jahre hinausgezögert werden könnte. Er habe dem Beschwerdeführer auch empfohlen, sich Gedanken darüber zu machen, ob er in seinem Beruf als selbständiger ... weitermachen möchte (S. 8).

3.2.4 Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im orthopädischen Gutachten vom 18. April 2016 (act. II 29.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Valgusgonarthrose links (ICD-10: M17.1) seit 2014, eine Traktus iliotibialis Ansatzendinopathie rechts (ICD-10: M76.3) seit 2014, eine angeborene Hüftdysplasie rechts (ICD-10: Q65.8) sowie ein myofasiales Schmerzsyndrom Hüfte rechts (ICD-10: M79.15) seit 2012.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er insbesondere ein angeborenes Hypermobilitäts-Syndrom (ICD-10: M35.7; act. II 29.1 S. 13). Es bestünden vorwiegend funktionelle Problematiken, die durch eine aktive Physiotherapie gleichzeitig mit einer zusätzlichen provisorischen Stützung im Sinne von Einlagen und allenfalls einer Abduktionsschiene angegangen werden könnten (act. II 29.1 S. 14). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit legte er auf den 2. September 2014 (act. II 29.1 S. 17).

Am 27. Mai 2016 beantwortete der Gutachter Rückfragen zu seinem Gutachten vom 18. April 2016 (act. II 32). Er führte aus, nach einer Behandlung der myofaszialen Triggerpunkte sollte eine 50%ige Tätigkeit als ... möglich sein. Es stehe eine wechselbelastende Tätigkeit mit sitzenden und stehenden Aktivitäten im Vordergrund. Zu vermeiden seien das Treppensteigen sowie das Besteigen von Gerüsten und Leitern (S. 1). Hinsichtlich des Beginns der Einschränkung führte der Gutachter aus, in Ziff. 6 seines Gutachtens seien lediglich die Zertifikate wiedergespiegelt, die dem Explorenden ausgehändigt worden seien. Weder zeitlich noch hinsichtlich Umfang attestierte der Gutachter eine andere Arbeitsunfähigkeit, als die behandelnden Ärzte dies getan hatten.

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. II 49) betrifft, ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.3.1 Im Bericht vom 19. März 2021 (act. II 51.3 S. 12 f.) führte Dr. med. G._____ als Hauptdiagnose einen Verdacht auf eine beginnende Gonarthrose rechts auf.

Im Bericht vom 20. August 2021 (act. II 61 S. 4 f.) zur Befundbesprechung nach durchgeführtem MRI vom 5. Juli 2021 (act. II 61 S. 6) diagnostizierte Dr. med. G._____ einen ausgedehnten komplexen Riss im Bereich des Aussenmeniskus rechts mit/bei ca. 5 mm grosser, bis an den Knochen reichender Knorpelläsion tibial lateral, verdächtig auf beginnende Gonarthrose, sowie rupturierter Bakerzyste dorsomedial mit begleitendem ausgeprägtem Gelenkserguss. Es werde eine Kniearthroskopie mit gegebenen-

falls Meniskusnaht oder Teilmeniskektomie rechts empfohlen. Am 4. Oktober 2021 erfolgte ein entsprechender, ambulanter Eingriff (act. II 61 S. 2 f.).

Am 1. April 2022 erfolgte eine Verlaufskontrolle. Dr. med. G. _____ führte aus, trotz Status nach Teilmeniskektomie bestehe eine sehr schmerzhafte Situation im Bereich des rechten Knies. Die persistierenden Beschwerden seien im Rahmen der Valgusachse sowie der Knorpelabnutzung zu interpretieren und die Situation könne nicht mit einer Arthroskopie verbessert werden (act. II 74 S. 3 f.). Am 5. April 2022 wurde eine Kniegelenksinfiltration vorgenommen (act. II 74 S. 1).

3.3.2 Im zu Händen des Krankenversicherers erstellten orthopädisch-traumatologischen Gutachten vom 22. Juli 2022 (act. II 75) stellten Dr. med. H. _____ und med. pract. I. _____, beide Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen (act. II 75 S. 19):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Lateral betonte Gonarthrose rechts
2. Status nach Kniegelenksarthroskopie, Teilmeniskektomie des lateralen Hinterhorns, Knie rechts vom 4. Oktober 2021 bei
3. degenerativem, komplexen Riss der Hinterhorns des lateralen Meniskus und
4. Chondropathie Grad 3 des lateralen Kompartiments Knie rechts
5. bestehende Beinlängendifferenz rechts -1.5 cm im Rahmen von Diagnose 1 mit
6. konsekutiver biomechanischer Überlastung der unteren Extremität

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Status nach Verkehrsunfall mit Hüftverletzung und primär nicht erkannter Hüftluxation 1979
2. Knick-Senkfusskomponente rechts, klinisch symptomatisch

Sie führten aus, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 %, verteilt auf mehrere Arbeitstage, da eine Arbeitsbelastung am Stück aufgrund der Beinproblematik rechts nur für etwa 60 Minuten möglich sei. In einer wechselbelastenden Tätigkeit auf ebenem Untergrund wäre der Beschwerdeführer sicherlich einsetzbar. So wären ...- oder ...arbeiten in einem Pensum von ebenfalls 20 % aus orthopädischer Sicht durchführbar. Dies unter einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund des ver-

langsamen Arbeitstempus und der bestehenden Schmerzsymptomatik des rechten Knies (act. II 75 S. 21). Es sei davon auszugehen, dass es mit konsequenter physiotherapeutischer Behandlung und mit Durchführung eines Heimprogramms in Eigenregie zu einer deutlichen Verbesserung der konditionellen Leistungsfähigkeit und zu einer Optimierung der Schmerzsymptomatik der Kniegelenke kommen werde. Zur Optimierung der biomechanischen Beinachsenbelastung sei eine Korrektur der Knickfussfehlstellung mit Einlageversorgung inclusive eines Teilausgleiches der Beinlängendifferenz herbeizuführen. Im Anschluss daran sollte innert drei bis sechs Monaten eine Neuevaluation erfolgen (act. II 75 S. 22).

3.3.3 Dr. med. D. _____ stellte im orthopädischen Gutachten vom 5. April 2023 folgende Diagnosen (act. IIA 92.1 S. 58 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10: M54.97) mit/bei:
 - Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance
 - Beckenschiefstand zu Ungunsten des rechten Beines mit einer konsekutiven Verkürzung des rechten Beines um 2 cm
 - degenerativer linkskonvexer Skoliose mit Discopathie L4/L5 und L5/S1 rechts dorsolateral ohne Neurokompression (MRI vom 01.07.2019)
2. Belastungseinschränkung des rechten Ellenbogengelenks bei Epicondylitis radialis humeri (ICD-10: M77.1)
3. Rechtsseitige Coxalgie ohne Bewegungseinschränkung (ICD-10: M25.55) mit/bei
 - Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance
 - Beckenschiefstand zu Ungunsten des rechten Beines mit einer konsekutiven Verkürzung des rechten Beines um 2 cm
 - Trochanterenthesiopathie mit begleitendem Tractus iliotibialis Syndrom
 - Status nach im Jahre 1979 im Alter von sechs Jahren erlittener und verzögert diagnostizierter rechtsseitiger Hüftluxation im Rahmen eines Verkehrsunfalls mit operativer Reposition im Jahre 1980
4. Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenks (ICD-10: M17.2) mit/bei
 - Lateral betonter Gonarthrose mit einer Chondromalazie Grad III
 - Status nach am 05.10.2021 erfolgter Spiegelung des rechten Kniegelenks mit Teilresektion des lateralen Hinterhorns
5. Belastungseinschränkung des linken Kniegelenks bei Valgusgonarthrose mit Chondromalazie Grad III, bis IV im Bereich des lateralen Tibiaplateaus (ICD-10: M17.2)
6. Klinisch symptomatischer Pes planotransversus rechts (ICD-10: M21.67)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

7. Status nach eigenanamnestisch im Jahre 1983 erlittener und konservativ versorgter Oberarmschaftfraktur rechts; gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung

Zum Befund führte der Gutachter aus, es bestehe ein Schiefstand des Beckens zu Ungunsten der rechten Seite. In Folge der Torsionsskoliose bestehe ein Schultertiefstand links (act. IIA 92.1 S. 35). Bei anamnestisch Angaben einer Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Epicondylus humeroradialis habe sich klinisch eine akute Epicondylitis humeroradialis bestätigt (act. IIA 92.1 S. 41). Palpatorisch beklage der Beschwerdeführer einen im Bereich des rechtsseitigen Trochantermassivs deutlich auslösba- ren Druckschmerz mit Schmerzfortleitung entlang des Tractus iliotibialis bis zum lateralen Schienbeinkopf. Bei der forcierten Hüftgelenksex- tension, der axialen Beinstauchung sowie bei der Testung nach Trendelenburg und Duchenne zeige sich rechtsseitig eine vermehrt auslös- bare Schmerzsymptomatik (act. IIA 92.1 S. 46). Im Bereich des rechten Kniegelenks imponie- re ein suprapatellarer Erguss mit Kapselschwellung und palpabler Baker- zyste. Im Seitenvergleich zeige sich eine Umfangvermehrung des rechten Kniegelenks von 1 cm. Bei der Palpation der Kniescheiben werde ein rechtsseitig vermehrt auslösbarer Druckschmerz angegeben. Lateral zeige sich rechtsseitig ein deutlich auslösbares Meniskuszeichen (act. IIA 92.1 S. 47). Die Gewölbekonstruktion der Füsse sei rechtsseitig im Sinne eines Knick-Senkfusses abgeflacht (act. IIA 92.1 S. 49).

Der Gutachter führte weiter aus, er gehe mit den vom behandelnden Dr. med. G. _____ erhobenen Untersuchungsbefunden, den hieraus abge- leiteten diagnostischen Feststellungen sowie der kurativen Versorgung uneingeschränkt einig (act. IIA 92.1 S. 66). Es lägen keine Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz, Aggravation oder gar Simulation vor (act. IIA 92.1 S. 64). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verglichen mit der Situation gemäss Gutachten vom 27. April 2016 erheb- lich verändert (act. II 92.1 S. 71). In der angestammten Tätigkeit als ... sei der Beschwerdeführer gegenwärtig um 80 % limitiert. Unter Umsetzung der empfohlenen Therapiemassnahmen sowie der Anwendung geeigneter

Hilfsmittel (Stehhilfe, ergonomisch einstellbarer ...stuhl) sei innert drei Monaten eine Steigerung auf 50 % möglich. In einer leidensadaptierten körperlich leichten wechselnd belastenden, optimal angepassten Tätigkeit sei er bezogen auf ein volles Pensum quantitativ uneingeschränkt arbeitsfähig (act. IIA 92.1 S. 70). Die versicherungsmedizinische Einschätzung von Dr. med. H._____ teile er nicht (act. IIA 92.1 S. 66; vgl. auch E. 3.3.5 nachfolgend).

Ausgeschlossen seien: Schwerst- und Schwerarbeiten, ständige mittelschwere Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten körperfern über 8 kg ohne technische Hilfsmittel, Heben und Tragen von Lasten körpernah über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, repetitive stereotype Bewegungsabläufe, das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über die Horizontale (Hyperlordosierung der LWS), Tätigkeiten mit Rotation der BWS / LWS im Sitzen / Stehen mit Gewichtsbelastung, Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, das mehr als gelegentliche Gehen auf unebenem Gelände, das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, das mehr als gelegentliche Treppensteigen, Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, mehr als gelegentliche kniende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit längerwährender Einnahme einer monotonen stehenden Körperposition, Tätigkeiten, welche überwiegend kniend, stehend sowie im Hocksitz durchgeführt würden, Tätigkeiten, welche ein mehr als gelegentliches kraftvolles Stossen, Zug- und Drehbewegungen, axiales Abstützen, Vibrationen, Schläge sowie repetitives kräftiges Zupacken im Bereich der rechten Hand bedingten, Tätigkeiten im Freien, ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund (act. IIA 92.1 S. 68 f.).

3.3.4 Die Hausärztin, Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, führte im Bericht vom 12. Mai 2023 (act. IIA 111 S. 6) aus, der Beschwerdeführer klagt über Rückenschmerzen im Bereich Iliac Crest, welche wahrscheinlich auf das Schonhalten (wegen des Knieproblems rechts) zurückzuführen seien.

3.3.5 Am 26. August 2023 beantwortete Dr. med. D._____ Rückfragen zu seinem Gutachten vom 5. April 2023 (act. IIA 115). Er führte aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht ergebe die Beurteilung von Dr. med. H._____, wonach der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit

als ... wie auch in einer adaptierten Tätigkeit nur zu 20 % arbeitsfähig sei, keinen Sinn. Dr. med. H. _____ setze hierbei die Belastung einer überwiegend stehend und gehend ausgeübten Tätigkeit mit jener einer optimal adaptierten, überwiegend sitzenden Tätigkeit gleich. Selbst bei einem Oberschenkelamputierten Probanden ohne adäquate Prothesenversorgung liege mit Verweis auf die Kriterien der Schweizer Gesellschaft für Versicherungsmedizin (SIM) in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Es liege die Vermutung nahe, dass ein Rechtschreibfehler vorliege (act. IIA 115 S. 2). Die behandelnde Hausärztin gebe fachfremd die Beschwerden des Beschwerdeführers wieder, ohne selber einen klinischen Befund erhoben zu haben bzw. ohne auf objektiv bildgebende Befunde zu verweisen (act. 115. S. 3).

3.3.6 Dr. med. J. _____ hielt im Verlaufsbericht vom 7. September 2023 fest (act. IIA 121 S. 3), die Rückenbeschwerden hätten sich leider nicht gebessert. Dazu fühle sich der Beschwerdeführer angeschlagen, d.h. mit deutlicher Beeinträchtigung der Psyche. Ein neues Leberproblem sei kürzlich aufgetreten, welches noch näher abgeklärt werde.

3.3.7 Der RAD-Arzt, Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Beurteilung vom 31. Oktober 2023 (act. IIA 125) aus, die Hausärztin nenne in ihrem Bericht vom 7. September 2023 weder Befunde noch Diagnosen. Die bisherigen Beurteilungen behielten auch in Kenntnis dieses neuen Berichtes Gültigkeit.

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 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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 19. September 2023 (act. IIA 122) massgeblich auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 11. April 2023 (act. IIA 92.1; 115) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Auf die gutachterliche Einschätzung ist somit abzustellen. Die Vorbringen in der Beschwerde vermögen – wie nachfolgend dargelegt wird – an den Schlussfolgerungen nichts zu ändern.

3.5.1 Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, der Gutachter habe von der Beschwerdegegnerin fünfmal gemahnt werden müssen, bis er seine Beurteilung abgegeben habe, eine objektive Beurteilung sehe anders aus (Beschwerde S. 6 Art. 4).

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer am 25. November 2022 untersucht und das Gutachten am 5. April 2023 fertiggestellt bzw. am 11. April 2023 versandt wurde (act. IIA 92.1 S. 6, 76; 92.3). Dazwischen

ergingen drei schriftliche Mahnungen, eine telefonische Anfrage und eine Mahnung per E-Mail (act. II 85; IIA 88 ff.). Das Verhalten des Gutachters, sich trotz Nachfrage bzw. Mahnung nicht bei der Beschwerdegegnerin gemeldet bzw. das Gutachten zeitnah eingeliefert zu haben, ohne schliesslich einen Grund für die Dauer anzugeben, gefährdete die Einhaltung des Gebots des raschen Verfahrens durch die Beschwerdegegnerin (Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Gleiches gilt für die zwei Mahnungen, die für die Rückfragen ausgestellt werden mussten (act. IIA 110, 113). Ob dies konkret bereits eine Rechtsverzögerung darstellt, braucht hier nicht geprüft zu werden. Anzeichen dafür, dass diese Umstände zu Mängeln in der gutachterlichen Beurteilung geführt hätten, bestehen nicht. Es ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht dargelegt, inwiefern aufgrund der Mahnungen das Gutachten nicht schlüssig und nachvollziehbar sein soll. Das Gutachten ist in formeller Hinsicht somit nicht zu beanstanden.

3.5.2 Der Gutachter hat die von ihm durchgeführte Befunderhebung einlässlich und mit Bezug auch auf das Verhalten ausserhalb der konkreten Untersuchungsvorgänge (z.B. Entkleiden, Schuhe ausziehen etc.) dargelegt. Ebenfalls hat er wesentliche Begleitaspekte der Beurteilung mitberücksichtigt, so z.B. das (nach wie vor bestehende) Fehlen einer orthopädischen Einlagen- bzw. Schuhversorgung sowie die gleichmässige Abnutzung der Schuhe (act. IIA 92.1 S. 31). Die Befundaufnahme ist sorgfältig und hinreichend dokumentiert und wird vom Gutachter überzeugend diskutiert (act. IIA 92.1 S. 30-49). Werden das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. D. _____ der Beurteilung der Dr. med. H. _____ und med. pract. I. _____ vom 22. Juli 2022 (act. II 75) zu Händen des Krankentaggeldversicherers gegenübergestellt, ergibt sich, dass die Befunderhebung von Dr. med. D. _____ deutlich einlässlicher und umfangreicher ist als diejenige der Dr. med. H. _____ und med. pract. I. _____ (act. II 75 S. 6 ff.). Basierend auf dem erhobenen Befund erstellte Dr. med. D. _____ eine detaillierte Diagnostik. Diese stimmt im Ergebnis mit jener der Vorgutachter (act. II 75 S. 19) grundsätzlich überein, ist jedoch differenzierter und führt den pes planotransversus mit Blick auf die Wechselwirkungen überzeugend bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf.

Dr. med. D._____ kam (wie die Vorgutachter; act. II 75 S. 21) nachvollziehbar zum Schluss, dass keine Anzeichen für Aggravation oder Simulation auszumachen sind (act. IIA 92.1 S. 64).

3.5.3 Gestützt auf die vergleichende Betrachtung ist mit dem Gutachter von einer veränderten Situation im Vergleich zur vorhergehenden Verfügung vom 31. Mai 2017 (act. II 49) in Form der Erstdiagnose des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, der Erstdiagnose einer komplexen Rissbildung des rechten Aussenmeniskus, einer Knorpelläsion tibial lateral, der Verlaufsdiagnose einer lateral betonten Gonarthrose sowie einer Arthroskopie Kniegelenk rechts mit Teilresektion des lateralen Meniskus, auszugehen (act. IIA 92.1 S 71 f.). Deshalb ist der Leistungsanspruch vorliegend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.5.4 hiervor).

3.5.4 Der Gutachter Dr. med. D._____ hat schlüssig und überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeführer entsprechend der Einschätzung der Vorgutachter (act. II 75 S. 21) aktuell in der angestammten Tätigkeit als ... zu 80 % eingeschränkt ist. Gleichermassen überzeugt aber auch, wenn er davon ausgeht, dass nach Umsetzung der empfohlenen Therapiemassnahmen sowie Anwendung der geeigneten Hilfsmittel eine Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich sein sollte (act. IIA 92.1 S. 70). Des weiteren überzeugt, wenn Dr. med. D._____ in einer angepassten körperlich leichten wechselnd belastenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. IIA 92.1 S. 68 ff.). Vor dem Hintergrund der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen – insbesondere Belastungs- und Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten Hüftgelenks sowie der Kniegelenke (act. IIA 92.1 S. 64) – erhellt nicht, auf welcher Basis Dr. med. H._____ und med. pract. I._____ davon ausgehen konnten, der Beschwerdeführer sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit gleichermassen zu 80 % eingeschränkt (act. II 75 S. 21). Es ist nicht plausibel, dass in der überwiegend stehenden Tätigkeit als ... dieselbe Einschränkung besteht wie in einer angepassten Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen mit gewisser Wechselbelastung, jedoch ohne erhebliche Gewichtsbelastung ausgeführt wird. Gerade weil der Beschwerdeführer ausserberuflich durchaus aktiv ist – er kümmert sich um ...

und unterstützt seine Ehefrau im Haushalt (act. IIA 92.1 S. 20 ff.) – ist auf ein massgebliches Leistungspotential zu schliessen. Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 5. April 2023 (act. IIA 92.1) fehlte eine diesbezüglich einlässlichere Begründung zwar noch. Diese hat Dr. med. D. _____ aber in der Folge im Rahmen seiner Stellungnahme vom 26. August 2023 (act. IIA 115) nachvollziehbar abgegeben. Ob Dr. med. H. _____ und med. pract. I. _____ einem Irrtum mit Schreibfehler unterlegen sind oder eine tatsächlich nicht nachvollziehbare Beurteilung abgegeben haben, braucht hier aufgrund des voll beweiskräftigen Gutachtens von Dr. med. D. _____ vom 5. April 2023 (act. IIA 92.1) nicht näher geklärt zu werden.

3.5.5 Die Kritik des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe den Berichten der behandelnden Dr. med. J. _____ vom 9. Mai und 7. September 2023 (act. IIA 111, 121. S. 3) keinerlei Beachtung geschenkt (Beschwerde S. 7 Art. 5, Replik S. 3 Art. 9), verfängt nicht. Der RAD-Arzt hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die Hausärztin in ihren Berichten weder Befunde noch Diagnosen (act. IIA 125) und auch keine anderweitigen wichtigen Aspekte genannt hat, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. D. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Die Eingaben der Hausärztin, die bloss ein paar Zeilen umfassen, sind damit nicht geeignet, die überzeugenden Schlussfolgerungen des Dr. med. D. _____ in Zweifel zu ziehen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.5.6 Zusammenfassend bilden das orthopädische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 11. April 2023 und seine Stellungnahme vom 26. August 2023 (act. IIA 92.1; 115) eine zuverlässige Grundlage für die rechtliche Würdigung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhalts. Demnach ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 80 % eingeschränkt, wobei nach Umsetzung der empfohlenen Therapiemassnahmen sowie Anwendung der geeigneten Hilfsmittel eine Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich wäre. In einer Verweistätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit) besteht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. IIA 92.1 S. 68 ff.).

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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkre-

ten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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 (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

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; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Neuanmeldung vom 20. September 2021 (act. II 50, 52, 72.3 S. 13) ist der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. März 2022 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Der Beschwerdeführer wäre ohne Gesundheitsschaden unbestritten weiterhin als selbstständig erwerbender ... tätig (vgl. zur Notwendigkeit eines Berufswechsels E. 4.4 hiernach). Ausgehend von der gutachterlichen Beurteilung ist wie anlässlich der ersten Beurteilung (Verfügung vom 31. Mai 2017 [act. II 49]) – nachdem die angestammte Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem 2. September 2014 irreversibel und durchgehend wesentlich eingeschränkt ist (vgl. E. 3.2.4 hiervor) – gestützt auf den Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 19. Dezember 2016 (act. II 41) weiterhin von dem auf der Basis der Einkommen der Jahre 2010 bis 2012 errechneten Valideneinkommen von Fr. 37'483.-- (Stand 2015) auszugehen. Mit Blick auf die Neuanmeldung im September 2021 und den frühestmöglichen Rentenbeginn im März 2022 ist dieser Betrag –

entgegen der Beschwerdegegnerin, die eine Indexierung auf das Jahr 2021 vorgenommen hat (act. IIA 122 S. 1) – auf das Jahr 2022 zu indexieren. Abzustellen ist auf den Nominallohnindex 2011-2022, Männer, TA 1.1.10, Bst. N, sonstige wirtschaftliche Tätigkeiten, womit ein Valideneinkommen von Fr. 38'935.80 resultiert (Fr. 37'483.-- / 103.2 x 107.2).

4.4 Der Beschwerdeführer hat keine ihm grundsätzlich zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen. Die Beschwerdegegnerin ging zutreffend davon aus, dass dem Beschwerdeführer auch weiterhin (dringend) ein Berufswechsel nahegelegt werden muss und kann. Dass er diesen bis heute nicht vollzogen hat, ändert nichts daran, dass auch weiterhin für die Festlegung des Invalideneinkommens auf die LSE (heute des Jahres 2020), TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, abzustellen ist. Angepasst an die berufsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) sowie indexiert auf das Jahr 2022, resultiert ein Betrag von Fr. 65'435.45 (Fr. 5'216.-- / 40 x 41.7 x 12 / 106.8 x 107.1 [Nominallohnindex 2011-2022, Männer, TA 1.1.10, Total]).

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 38'935.80 und einem Invalideneinkommen von Fr. 65'435.45 resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 0 %, womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat.

Selbst wenn unter Berücksichtigung der erst ab dem 1. Januar 2024 und damit hier noch nicht anwendbaren Regelung gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vom Invalideneinkommen ein Abzug von 10 % vorgenommen würde (Beschwerde S. 7 Art. 4), würde sich am Ergebnis des Fehlens eines Rentenanspruchs nichts ändern (nach wie vor IV-Grad von 0 %).

5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 19. September 2023 (act. IIA 122) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. 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.