IV 200 2025 29
MAK/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Oktober 2026

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A._____
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. Dezember 2024

Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2009 unter Hinweis auf eine unfallbedingte Amputation des Zeigefingers an der linken Hand vom 11. Juli 2008 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 6). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Unter Berücksichtigung der Akten und namentlich der Beurteilung durch die Unfallversicherung verneinte die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 1. Dezember 2010 (act. II 48) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 3 %.

Im Juli 2024 meldete sich der zuletzt als … und … mit einem Vollzeitpensum erwerbstätig gewesene Versicherte unter Hinweis auf einen Arbeitsunfall vom 31. Juli 2023, eine Schulteroperation rechts vom 15. Februar 2024 mit fortbestehender Behandlung, Muskelfaserrisse sowie eine Wirbelsäulen- und allfällige ISG-Problematik erneut zum Leistungsbezug an (act. II 52). Die IVB tätigte wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere holte sie Berichte der behandelnden Ärzte und die Akten der Unfall- (act. II 62) sowie der Krankentaggeldversicherung (act. II 63, 76) ein. Gestützt auf eine Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 15. Oktober 2024 (act. II 79 S. 4 f.) stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2024 (act. II 80) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 15 % in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 83) und Stellungnahme des RAD vom 12. Dezember 2024 (act. II 86 S. 2) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Dezember 2024 (act. II 90 S. 22 ff.) wie mit Vorbescheid in Aussicht gestellt einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 13. Januar 2025 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde mit folgenden Anträgen (Beschwerde S. 2):

1. Die Verfügung vom 17. Dezember 2024 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer rückwirkend und für die Zukunft mindestens eine Viertel-IV-Rente zuzusprechen, zuzüglich Verzugszinsen zu 5 % rückwirkend seit Leistungszusprache im Sinne von Art. 16, 17 und 26 Abs. 2 ATSG.
2. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer die zusätzlichen Abklärungskosten durch Prof. C._____ zurückzuerstatten. Es sei ihm betreffend Nachreichung der Rechnung das rechtliche Gehör zu gewähren.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. Mwst. und Auslagen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Im Rahmen der Beschwerdebegründung beantragte der Beschwerdeführer zudem die Anordnung eines gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens (Beschwerde S. 9 Ziff. III lit. A Rz. 20).

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Januar 2025 edierte die Instruktionsrichterin die Akten der D._____, welche am 23. Januar 2025 beim Gericht eingingen (Akten der D._____ [act. III]).

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. Februar 2025 reichte der Beschwerdeführer eine bereits in Aussicht gestellte medizinische Stellungnahme nach (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3). In dieser Eingabe sowie auch mit Eingabe vom 25. Juni 2025 hielt er am Antrag auf Anordnung eines gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens fest. Mit letzterer reichte er einen (weiteren) medizinischen Bericht ein (act. I 4).

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 17. Dezember 2024 (act. II 90 S. 22 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

2.2 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.

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87

Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchsrelevant 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; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

2.3.3 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 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

2.3.4 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).

2.3.5 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und anderseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 165, 9C_8/2010 E. 3.1).

2.3.6 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. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

2.4 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Juli 2024 (act. II 52) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 1. Dezember 2010

(act. II 48) und derjenigen vom 17. Dezember 2024 (act. II 90 S. 22 ff.; vgl. E. 2.4.5 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die Verfügung vom 1. Dezember 2010 (act. II 48) basierte in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem von der damaligen Unfallversicherung eingeholten Gutachten vom 13. April 2010 (act. II 34). Darin diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, heftige Neuroschmerzen am Amputationsstumpf D II links nach subtotaler Abtrennung am 11. Juli 2008, einen persistierenden Schmerzzustand im Bereich der ulnodorsalen Vorderarmstreckmuskulatur links nach heftiger Kontusion gegen einen Motorblock, eine durch Schonhaltung und Muskeldysbalance bedingte sekundäre Epicondylitis humeri radialis links, Schmerzen im Ulnocarpalgelenk links bei Verdacht auf Läsion TFC oder Meniskus und eine mögliche Ulnariskompressionsneuropathie links nach Quetschungsverletzung (act. II 34 S. 9 Ziff.). Unfallfremde Faktoren wirkten an den aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mit (act. II 34 S. 10 Ziff. 5.2). Aufgrund der starken Berührungsschmerzen am Zeigefingerstumpf sowie Schmerzen in Kälte und Nässe könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, Gegenstände von bis ca. 1 kg mit der linken Hand zu tragen, sofern diese eine günstige Form und keine scharfen Kanten aufwiesen. Mit der rechten oberen Extremität könne der Beschwerdeführer 10 bis 20 kg tragen. Im bisherigen Beruf als Hilfsarbeiter im … sei er zu 100 % arbeitsunfähig, da dort keine leicht manuell belastende Arbeit vorkomme (act. II 34 S. 11 Ziff. 7.1 f.). Der Beschwerdeführer könne nur eine leicht manuell belastende Arbeit durchführen, bei der er mit der linken Hand nur Daumen, Ring- und Kleinfinger einsetzen müsse. Diese Arbeit sollte nicht in der Kälte oder unter feuchten Bedingungen ausgeführt werden müssen. Eine mässige Wärmebelastung werde gut ertragen. Arbeiten in Kälte oder bei Feuchtigkeit verursachten starke Schmerzen. Sitzende, stehende und gehende Tätigkeiten könnten normal ausgeführt werden. Der Beschwerdeführer könne aufgrund seiner neurogenen Zeigefingerschmerzen, welche bis zum Ansatz des Zeigefingers gingen, Werkzeuge, Instrumente oder Gewichte, welche mit der ganzen Hand getragen werden

müssten, nicht ergreifen. Je nach Arbeitsprofil in einer günstigen Tätigkeit sei er 100 % arbeitsfähig (act. II 34 S. 12 Ziff. 12).

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2024 (act. II 90 S. 2 ff.) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht der Spitäler F._____, Orthopädie, vom 17. November 2023 (act. II 72) wurden als Hauptdiagnosen eine erneute Schmerzexazerbation bei chronischen Rückenschmerzen DD i.R. Dg. 2 bei Fehlbelastung, eine Plantarfasziitis rechts DD Spondylarthritis, der Verdacht auf Sakroiliitis, ED 15. September 2023, eine Koprostase und als Nebendiagnosen eine partielle bursaseitige Supraspinatussehnen-Ruptur mit subakromialer Begleitbursitis Schulter rechts gestellt sowie der Verdacht auf eine Partialruptur der distalen Bizepssehne nach Verhebetrauma im Juli 2023 geäussert (act. II 72 S. 2). Am ehesten lasse sich die aktuelle Schmerzproblematik im Rahmen einer ausgeprägten Fehlbelastung durch die chronischen Rückenschmerzen erklären. Der Beschwerdeführer bestehe jedoch auf einer weiterführenden Abklärung der Leistenschmerzen sowie der subjektiven Weichteilschwellung der rechten Flanke, sodass ein Termin für eine Sonographie für denselben Tag vereinbart worden sei. Diese war sowohl die Leiste rechts und die Weichteilflanke beidseits betreffend unauffällig (act. II 72 S. 3).

3.3.2 Nach durchgeführter Tenotomie und subpectoraler Tenodese der langen Bizepssehne und Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 15. Februar 2024 (act. II 73 S. 10) wurden im Austrittsbericht der Spitäler F._____, Orthopädie, als Diagnosen eine Rotatorenmanschettenläsion, Tendinitis lange Bizepssehne rechts (Hauptdiagnosen) und chronische Rückenschmerzen (Nebendiagnose) gestellt (act. II 73 S. 8). Es bestehe ein zufriedenstellender Verlauf bei gut therapierbaren Schmerzen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 15. Februar bis 26. März 2024 (S. 9).

3.3.3 Im Sprechstundenbericht des Spitals G._____, Schmerzsprechstunde, vom 6. Juli 2024 nannte Dr. med. H._____, Facharzt für Anästhesiologie, als Hauptdiagnose chronische Schmerzen Hemikörper rechts. Der Beschwerdeführer leide an mittlerweile chronischen Schmerzen, wel-

che sich auf den ganzen rechten Hemikörper ausbreiteten. Die Schmerzen hätten nach einem "Verhebetrauma" am 31. Juli 2023 begonnen. Mit den entstandenen Schmerzen sei auch eine vegetative Reaktion mit starkem Schwitzen und Schwindel aufgetreten. Trotz Schmerzen habe der Beschwerdeführer noch einen weiteren Monat gearbeitet, wobei die Situation im Verlauf exazerbiert sei. Zusammenfassend imponierten die Schmerzen hauptsächlich mechanisch-nozizeptiv, mit eher muskuloskelettalen Beschwerden mit einem Fokus am lumbosakralen Übergang rechts. In der vorhandenen Bildgebung (LWS/Becken und HWS) würden zwar gewisse degenerative Veränderungen beschrieben, jedoch keine Neurokompression. Vorstellbar sei, dass durch das erlebte Trauma myo-tendinöse und auch artikuläre Reizungen stattgefunden hätten, so dass eine gewisse facettogene Komponente bzw. auch Reizung im Bereich des ISG auf der rechten Seite denkbar sei. Mittlerweile sei es zu einer Ausweitung der Schmerzen auf den ganzen Hemikörper rechts gekommen. Die Zervikozephalgien rechts hätten eher einen gemischten Charakter, ebenfalls myofaszial/mechanisch-nozizeptiv, aber mit gewissen neuropathischen Anteilen. Letztere könnten auch durch eine Reizung von kleinen peripheren sensiblen Nerven zustande kommen. Zusätzlich bestünden auch myo-tendinöse Beschwerden im Bereich der Leiste und des Dammes auf der rechten Seite. Dazu passe die im Becken-MRI beschriebene Adduktorenverletzung (act. II 78 S. 9). Insgesamt sei der Beschwerdeführer durch die Schmerzsituation recht "invalidisiert", da er seit Ende August 2023 arbeitsunfähig sei. Aus den Schilderungen des Beschwerdeführers sei zu schliessen, dass das erlebte Trauma mit den entsprechenden Konsequenzen das Leben deutlich präge. Eine pluridisziplinäre Evaluation sei sinnvoll, weshalb eine Zuweisung an das Schmerzzentrum des Spitals I._____ empfohlen werde (act. II 78 S. 11).

3.3.4 Im Bericht der Spitäler F._____, Orthopädie, vom 15. August 2024 (act. II 78 S. 16-18) wurden als Hauptdiagnosen ein myofasziales Schmerzsyndrom gluteal rechtsbetont, rezidivierende Schmerzexazerbationen bei chronischen Rückenschmerzen und die Schulter rechts betreffend ein Status nach Tenotomie und subpektoraler Tenodese lange Bizepssehne, Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 14. Februar 2024 (recte: 15. Februar) gestellt (act. II 78 S. 16). Von fussorthopädischer Seite gebe

es keinen Anhalt auf einen pathologischen Befund, der der Schmerzsymptomatik zugrunde liege. Eine adäquate Therapie könne daher nicht angeboten werden (act. II 78 S. 18).

3.3.5 Im Bericht des J._____ vom 19. August 2024 wurde eine arthroskopische Tenotomie und subpectorale lange Bizepssehne und Rotatorenmanschettenrekonstruktion vom 15. Februar 2024 bei Rotatorenmanschettenläsion, Tendinitis lange Bizepssehne rechts diagnostiziert. Im Vergleich zur Konsultation vom Juli 2024 bestünden weiterhin Restbeschwerden mit Schmerzen anterior an der Schulter bei Tätigkeiten unter Last. Insofern sei der Beschwerdeführer eingeschränkt für manuelle Arbeiten. Im Rahmen des Gesamtkontexts bestehe ein normaler Verlauf. Der Endzustand sei voraussichtlich 12 bis 18 Monate postoperativ erreicht (act. II 78 S. 13). Bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit sei eine MRT-Bildgebung zur Beurteilung der Sehnenheilung empfohlen (act. II 78 S. 15).

3.3.6 Im Bericht des Spitals I._____ vom 5. September 2024 (act. II 83 S. 10-12) wurden chronische Schmerzen, chronische posttraumatische muskuloskelettale Schmerzen am Hemikörper rechts diagnostiziert. Im Rahmen der schmerzmedizinischen Beurteilung erwähnte Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Anästhesiologie, der Beschwerdeführer habe nach einem schweren Kontusionstrauma im Juli 2023 durch einen ca. 300 kg schweren Container chronische posttraumatische muskuloskelettale Schmerzen auf der gesamten rechten Körperseite entwickelt. Initial habe er trotz starken Schmerzen noch weitergearbeitet, wobei die Diagnose einer Schulter- und Adduktorenverletzung erst verzögert gestellt worden sei. Nach der Operation der Rotatorenmanschette im Februar 2024 hätten sich die Schulterschmerzen auch deutlich gebessert, insgesamt zeige sich dennoch eine Schmerzausweitung auf die gesamte rechte Körperhälfte bei weiterhin bestehenden lumbalen, glutealen und Beinschmerzen (act. II 83 S. 10). Die vorbestehende Verletzung mit anhaltenden Sensibilitätsstörungen in der linken Hand könne durchaus eine zentrale Sensibilitätsstörung, wie sie sich nun entwickelt habe, begünstigt haben. In dieser Situation sei möglichst auf lokale interventionelle Massnahmen zu verzichten. Der Beschwerdeführer sei psychosozial sowie physiotherapeutisch, am ehesten im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie, zu unterstützen. Gemäss

der rheumatologischen Beurteilung (von Dr. med. K._____; im Medizinalberuferegister [<www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>] ohne Facharzttitel verzeichnet) bestehe ein posttraumatisches Schmerzbild nach Arbeitsunfall im Juli 2023, aktuell schon verbessert nach konservativen Massnahmen inkl. Infiltrationen sowie Schulteroperation. Anhaltspunkte für eine autoimmune, entzündliche Krankheit, insbesondere Spondylarthritis bestünden keine. Gemäss der psychosomatischen Beurteilung (von Dr. med. L._____, Fachärztin für Infektiologie und für Allgemeine Innere Medizin) bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seit Heben einer schweren Last im Juli 2023. Seitdem bestünden Lumbalgien/ISG-Schmerzen rechts mit pseudoradikulärer Ausstrahlung. Von psychiatrischer Seite liege keine manifeste Depression oder Angststörung vor. Es bestünden Zeichen der zentralen Sensitivierung mit Insomnie, Neigung zu Reizüberflutung, emotionaler Reizbarkeit. Die Indikation für eine stationäre multimodale Therapie sei gegeben. Interdisziplinär würden keine weiteren diagnostischen Abklärungen empfohlen. Therapeutisch werde ein medikamentöser Therapieversuch vorgeschlagen. Weitere invasive bzw. interventionelle Massnahmen würden derzeit nicht als indiziert erachtet. Empfohlen würden körperorientiert eine aktive Physiotherapie und mental die Integration von Schmerzen im Rahmen von psychologischen Massnahmen sowie die soziale Beratung. Zudem werde die Prüfung der Möglichkeiten einer multimodalen Schmerztherapie und einer psychosozialen Unterstützung empfohlen. Es erfolge keine Zuweisung (act. II 83 S. 11).

3.3.7 Im Bericht der Spitäler F._____, Orthopädie, vom 25. September 2024 wurden ein myofasziales Schmerzsyndrom gluteal rechtsbetont, rezidivierende Schmerzexazerbationen bei chronischen Rückenbeschwerden sowie eine subakromiale Bursitis und Tendinitis Rotatorenmanschette (Supraspinatus) rechts diagnostiziert (act. II 75 S. 3). Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 4. Oktober 2023 bis aktuell. Die Rückenschmerzen und die chronischen gluteal rechts betonten Schmerzen bestünden seit einem "Verhebetrauma" im Juli 2023. Es hätten schon multiple Abklärungen stattgefunden. Bisher habe sich noch keine befriedigende Therapie gefunden trotz mehrfacher Infiltrationen und Wechsel der Schmerzmittel sowie Physiotherapie. Der Beschwerdeführer leide weiterhin

unter chronischen Schmerzen und sei inzwischen auch bei den Schmerztherapeuten angebunden. Bezüglich der Schulter habe am 15. Februar 2024 eine Operation stattgefunden. Aktuell bestehe noch eine subakromiale Entzündung sowie eine ansatznahe Reizung der Supraspinatussehneninsertion. Die Schulterfunktion sei erhalten, ein MRT der rechten Schulter vom 23. August 2024 zeige eine intakte Rotatorenmanschette mit ansatznaher Tendinitis der Supraspinatussehne und Zeichen einer subakromialen Bursitis. Inzwischen bestehe eine komplexe Schmerzsituation. Bezüglich der Schulter sei ein Abwarten des Steroideffekts geplant. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Gesamtsituation arbeitsunfähig. Zusätzlich sei noch eine Anbindung an die Schmerzklinik im Spital I._____ geplant. Aktuell könne eine Eingliederung am ehesten in einer nicht körperlichen Tätigkeit für wenige Stunden am Tag erfolgen. Von Schulterseite her seien am ehesten eine Arbeit mit Tätigkeiten unter der Horizontalen, kein schweres Heben über Kopf und keine repetitiven Armbewegungen empfohlen (act. II 75 S. 4).

3.3.8 Im RAD-Bericht vom 15. Oktober 2024 (act. II 79 S. 4 f.) diagnostizierte Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapprates, degenerative Schulterbeschwerden rechts mit Status nach Operation vom 15. Februar 2024 bei Rotatorenmanschettenläsion und chronische Schmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Am 31. Juli 2023 sei es zu einem Arbeitsunfall gekommen. In der Folge sei die rechte Schulter am 15. Februar 2024 operiert worden. Schulter und Wirbelsäule seien bleibend minderbelastbar (act. II 79 S. 4). Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 %. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen des Oberkörpers (z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkung. In Ausnahmefällen und in

nicht repetitiver Weise könnten Gewichte bis 10-15 kg gehoben und getragen werden (act. II 79 S. 5).

3.3.9 In der Stellungnahme des RAD vom 12. Dezember 2024 zum einwandweise eingereichten Bericht des Spitals I._____ vom 5. September 2024 (vgl. E. 3.3.6 hiervor) führte Dr. med. M._____ aus, es seien in diesem neu vorgelegten Bericht chronische Schmerzen als Diagnose genannt worden, wobei fachärztlich jeweils einzeln von rheumatologischer und psychosomatischer Seite eine Beurteilung abgegeben werde. Hierbei werde weder rheumatologisch noch psychiatrisch eine Diagnose von versicherungsmedizinischer Relevanz gefunden bzw. genannt. Aus dem Bericht ergebe sich kein neuer medizinischer Sachverhalt, durch den sich eine dauerhaft zusätzlich leistungsmindernde Verschlechterung des Gesundheitszustands erklären oder erkennen liesse. An der RAD-ärztlichen Beurteilung könne festgehalten werden (act. II 86 S. 2).

3.3.10 In der Stellungnahme des RAD vom 5. Februar 2025 (im Gerichtsdossier) führte Dr. med. M._____ zur Beschwerde aus, die in der Verfügung vom 1. Dezember 2010 beschriebene Minderbelastbarkeit der linken Hand mit voller Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten müsse in dem künftig geltenden Zumutbarkeitsprofil Berücksichtigung finden. Im Zumutbarkeitsprofil, wie es vom RAD am 15. Oktober 2024 erstellt worden sei, finde die Minderbelastbarkeit der linken Hand noch keine Berücksichtigung. Dieses Zumutbarkeitsprofil werde hiermit entsprechend ergänzt. Dabei ändere sich die Qualität der möglichen Arbeit, nichts ändere sich jedoch hinsichtlich des täglich möglichen Arbeitspensums und der Leistungsfähigkeit. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 %. Mit der linken adominanten Hand dürften nur Daumen, Ring- und Kleinfinger eingesetzt werden. Dabei dürfe nicht in Kälte oder unter feuchten Bedingungen gearbeitet werden. Im Weiteren bestätigte er das bisherige Zumutbarkeitsprofil mit den zu vermeidenden Haltungen bzw. Arbeiten und Gewichtsbelastung (vgl. act. II 79 S. 5).

3.3.11 In der mit der Beschwerde in Aussicht gestellten Stellungnahme des Spitals I._____ vom 11. Februar 2025 (act. I 3) diagnostizierte Prof. Dr. med. C._____ chronische Schmerzen, chronische posttraumatische

muskuloskelettale Schmerzen Hemikörper rechts (act. I 3 S. 1). Aus medizinischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, wie aus dem Bericht des Spitals I._____ vom 5. September 2024 die Schlussfolgerung gezogen werde, dass weder rheumatologisch noch psychiatrisch eine Diagnose von versicherungsmedizinischer Relevanz vorliege und keine weiteren Abklärungen notwendig seien. In der interdisziplinären Schmerzsprechstunde seien neben dem Facharzt für Rheumatologie auch Fachärzte aus dem Bereich der Anästhesiologie/Schmerzmedizin und Psychosomatik beteiligt gewesen. Eine psychiatrische Beurteilung sei nicht erfolgt. In ihrer interdisziplinären Beurteilung hätten sie gemäss den neuen Vorgaben der WHO für die Einführung des ICD-11 die Diagnose von chronischen posttraumatischen muskuloskelettalen Schmerzen gestellt. Diese sei unabhängig von der von Dr. med. M._____ gestellten Diagnose (degenerative Erkrankung von Rücken und Schulter) zu sehen, die sehr wahrscheinlich bereits vor dem Unfall bestanden habe. Hingegen werde die von ihnen gestellte Diagnose von chronischen posttraumatischen muskuloskelettalen Schmerzen von dem orthopädischen Gutachter in keiner Weise den modernen schmerzmedizinischen Erkenntnissen entsprechend gewürdigt. Das bestehende Gutachten entspreche nicht den Vorgaben internationaler Leitlinien. Die Prüfung im Kontext von Schmerzerkrankungen, der Hinweise der veränderten Körperperzeption, vegetativen Dysregulation, neuropsychologischen Stresssymptome, psychischen Symptome, veränderten Verarbeitungs- und Verhaltensmuster sowie des biographischen Prägungsprofils sei nicht erfolgt. Zu beanstanden sei dabei insbesondere, dass das Gutachten von einem Chirurgen verfasst worden sei, der offensichtlich den Beschwerdeführer nicht gesehen habe und die aktuellen schmerzmedizinischen Diagnosen nicht kenne. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter nur aufgrund der vorliegenden Akten ein Zumutbarkeitsprofil erstellen könne mit so konkreten Angaben wie das Heben von Gewichten von 10-15 kg. Gemäss ihrer Beurteilung bestünden eindeutig Zeichen einer zentralen Sensibilisierungsstörung, die sich auch mit Schmerzen in der gesamten rechten Körperhälfte äussere. Dies sei bereits auch so in der Diagnose der Schmerzsprechstunde des Spitals G._____ "chronische Schmerzen Hemikörper links" festgehalten, wobei das Ausmass der Einschränkung auch in der Berichtsformulierung herauszulesen sei: "Mittlerweile sei es zu einer Ausweitung der Schmerzen auf den ganzen Hemikörper rechts ge-

kommen. … Von den Schilderungen des Patienten her scheint mir, dass das erlebte Trauma mit den entsprechenden Konsequenzen das Leben des Patienten deutlich prägt". Vor diesem Hintergrund sei aus schmerzmedizinischer Sicht ein polydisziplinäres Gutachten zu veranlassen, das unter Einbezug der Disziplinen Rheumatologie und Psychosomatik mit mindestens einem in der Schmerzmedizin erfahrenen Gutachter, der die durch die chronische Schmerzerkrankung entstandenen Einschränkungen miteinbeziehe (act. I 3 S. 2).

3.4 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind

ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2024 (act. II 90 S. 22 ff.) auf die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. M._____ vom 15. Oktober 2024 (act. II 79 S. 4 f.) inkl. dessen ergänzender Stellungnahme vom 12. Dezember 2024 (act. II 86 S. 2) bzw. im Rahmen der Beschwerdeantwort auf diejenige vom 5. Februar 2025 (im Gerichtsdossier). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert solcher Aktenberichte gestellten Anforderungen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf stellte der RAD-Arzt die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf nachvollziehbar begründet dar. Dass Dr. med. M._____ keine klinische Exploration durchgeführte, ist nicht zu beanstanden, zumal er sich aufgrund der vorhandenen umfassenden Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen konnte (vgl. E. 3.4 hiervor). Aus einer persönlichen Untersuchung wären keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen.

3.5.1 Dr. med. M._____ legte überzeugend dar, dass aufgrund der operativ behandelten degenerativen Schulterbeschwerden rechts, der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule sowie der bestehenden linksseitigen Handproblematik eine bleibende Minderbelastbarkeit mit (vornehmlich qualitativer) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Unter Berücksichtigung des daraus resultierenden Belastungsprofils ist dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, leidensangepasste Tätigkeit ganztags mit einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar (act. II 79 S. 4, RAD-Bericht vom 5. Februar 2025 [im Gerichtsdossier]). Dies überzeugt auch vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde. Zwar wurden bildgebend degenerative Veränderungen der Wirbelsäule dokumentiert, jedoch fand sich insbesondere keine Neurokompression am lumbosakralen Übergang (act. II 78 S. 9). Hinsichtlich der Schulter ergab sich nach der Operation, bei von den behandelnden Ärzten als zufriedenstellend bzw.

normal bezeichnetem Verlauf, eine erhaltene Funktion. Bei intakter Rotatorenmanschette mit ansatznaher Tendinitis und Zeichen einer subakromialen Bursitis wurden Einschränkungen für manuelle Tätigkeiten, namentlich für schweres Heben über Kopf sowie repetitive Armbewegungen, festgestellt (act. II 75 S. 4, 78 S. 13). Sodann ergaben die sonographischen Abklärungen der Leistenschmerzen sowie der subjektiv angegebenen Weichteilschwellungen beider Flanken keinen pathologischen Befund (act. II 72 S. 3) und auch aus fussorthopädischer Sicht fanden sich keine objektivierbaren Befunde als Erklärung für die geklagten Schmerzen (act. II 78 S. 18). Auch liessen sich weder in rheumatologischer Hinsicht Anhaltspunkte für eine autoimmune oder entzündliche Erkrankung, insbesondere eine Spondylarthritis, nachweisen noch wurde anlässlich der psychosomatischen Beurteilung von psychiatrischer Seite das Vorliegen einer depressiven Störung oder einer Anpassungsstörung bestätigt (act. II 83 S. 11). Mit Blick auf die einzig objektivierbaren funktionell relevanten somatischen Befunde im Bereich der Schulter, der Wirbelsäule und der Hand, vermag der Einwand des Beschwerdeführers nicht durchzudringen, dem RAD-Arzt fehle als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die erforderliche fachliche Qualifikation zur Beurteilung des Gesundheitszustands (Beschwerde S. 12 f. Ziff. II lit. C). Dies gilt umso mehr, als, wie zuvor dargelegt, sich weder relevante Hinweise auf eine rheumatische Erkrankung ergaben noch eine Neurokompression der Wirbelsäule festgestellt wurde und auch keine Anhaltspunkte für eine relevante psychische Störung ausgewiesen sind.

3.5.2 An der Beurteilung von Dr. med. M._____ vermag auch die im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von Prof. Dr. med. C._____ vom 11. Februar 2025 (act. I 3) keine Zweifel zu begründen. Der Anästhesiologe vermag darin keine wesentlichen neuen Aspekte zu benennen, welche im Rahmen der RAD-Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3). Die Annahme, wonach keine rheumatologischen oder psychiatrischen Diagnosen von versicherungsmedizinischer Relevanz vorliegen (act. I 3 S. 2), ist nicht zu beanstanden. Solche sind aktenmässig nicht ausgewiesen. Zudem wurden im von Prof. Dr. med. C._____ selbst visierten Bericht vom 5. September 2024

weder weitere diagnostische Abklärungen empfohlen noch eine rheumatologische oder psychiatrische Behandlung veranlasst; es erfolgte ausdrücklich keine Zuweisung (act. II 83 S. 11 [Interdisziplinäre Empfehlungen zum Prozedere]). Soweit Prof. Dr. med. C._____ das vom RAD-Arzt formulierte Zumutbarkeitsprofil als nicht nachvollziehbar bezeichnet (act. I 3 S. 2), vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen. Er legt nicht (substantiiert) dar, weshalb die umschriebenen funktionellen Einschränkungen unzutreffend sein sollen. Ebenso wenig begründet er, weshalb die postulierte Schmerzproblematik über die bereits im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigten Einschränkungen hinaus zu einer weitergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen sollte. Die blosse Stellung einer Diagnose lässt nicht per se auf das Bestehen oder das (bestimmte) Ausmass einer Arbeitsunfähigkeit schliessen (BGE 145 V 215 E. 6.1 S. 227, 143 V 418 E. 6 S. 426; vgl. Urteil des BGer 9C_169/2021 vom 16. Juni 2021 E. 4.3.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die medizinische Folgenabschätzung eine hohe Variabilität aufweist und die Experten bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen beachtlichen Ermessensspielraum verfügen (vgl. etwa BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365 mit Hinweisen; Urteile des BGer 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 5.2 mit Hinweisen und 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.3); ein Widerspruch in dem mit Bericht des RAD-Arztes vom 5. Februar 2025 ergänzten Zumutbarkeitsprofil (im Gerichtsdossier) ist diesbezüglich nicht zu erkennen.

3.5.3 Schliesslich vermag auch das Attest von Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 23. Mai 2025, mit dem vom 1. April 2025 bis 30. Juni 2025 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird (act. I 4), keine Zweifel zu begründen. Dieses enthält keine medizinische Begründung und bezieht sich zudem auf einen Zeitraum nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung (vgl. zum massgebenden Sachverhalt BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213, 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2022 UV Nr. 46 S. 183, 8C_655/2021 E. 6.3.1). Ausserdem ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte, sondern auch für spezialärztlich tätige Medizinalpersonen (BGE 125 V 351 E.

3b cc S. 353; Urteil des BGer 8C_164/2021 vom 3. Mai 2021 E. 3.2.1; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Dasselbe gilt für die von Dr. med. O._____ im Bericht vom 23. September 2023 ohne weitere Begründung attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 30. Juni 2024 (act. II 78 S. 3 ff.; Beschwerde S. 8 Ziff. II lit. B Rz. 16).

3.6 Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb für weitere (medizinische) Beweisvorkehrungen, namentlich das beantragte polydisziplinäre Gerichtsgutachten (Beschwerde S. 2 Ziff. II lit. A Rz. 20; Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2025 S. 2 lit. A Rz. 3) kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). Im Übrigen empfahl die Beschwerdegegnerin – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 f. Ziff. II lit. B Rz. 13 und 17) – in der schriftlichen Anfrage an den RAD vom 10. Oktober 2024 (act. II 79 S. 2) keine Zuweisung an das Schmerzzentrum des Spitals I._____ mit dem Zweck einer interdisziplinären Beurteilung; vielmehr wurde hierbei einzig der Sprechstundenbericht des Spitals G._____ vom 6. Juli 2024 zusammenfassend wiedergegeben. Gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des RAD-Arztes ist die Ausübung einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit ganztags mit einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar, mithin besteht in einer solchen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Ein Neuanmeldungsgrund ist damit zu bejahen, denn im Vergleich zur Anspruchsverneinung vom 1. Dezember 2010 (act. II 48), bei welcher einzig die unfallbedingten Handbeschwerden ausschlaggebend gewesen waren und eine angepasste Tätigkeit noch vollschichtig ohne Leistungsminderung zumutbar gewesen war (vgl. act. II 34 S. 12 Ziff. 12), weist die Beurteilung von Dr. med. M._____ mit den im zeitlichen Verlauf eingetretenen Schulter- und Wirbelsäulenveränderungen eine zusätzliche Leistungsminderung von 20 % nach (act. II 79 S. 5; RAD-Bericht vom 5. Februar 2025 [im Gerichtsdossier]). Damit ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 2.4.6 hiervor).

4.

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

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26bis Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26bis Abs. 2 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1bis IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26bis Abs. 3 IVV).

4.1.3 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Ein-

kommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

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 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Aufgrund der im Juli 2024 (verspätetet) erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 52) ist der frühestmögliche (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Januar 2025 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), weshalb grundsätzlich ein Einkommensvergleich für das Jahr 2025 zu erfolgen hat; da im Verfügungszeitpunkt die statistischen Werte für 2025 noch nicht vorlagen, ist dieser auf das Jahr 2024 vorzunehmen (vgl. hierzu BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70).

4.3 Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen anhand der Angaben der letzten Arbeitgeberin (act. II 90 S. 23). Dies ist nicht zu beanstanden. Der über keine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung verfügende Beschwerdeführer (act. II 6 S. 4) war zuletzt vom 9. Mai 2022 bis 29. Februar 2024 in einem vollzeitlichen Arbeitsverhältnis als …/… bei der P._____ ag tätig. Das Arbeitsverhältnis wurde aufgrund von Krankheitsabwesenheiten nach Ablauf der Sperrfrist aufgelöst (act. II 64 S. 3, 65.5). Mit Blick darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne die gesundheitliche Problematik weiterhin bei dieser Arbeitgeberin tätig wäre. Gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 17. Juli 2024 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2024 ohne Gesundheitsschädigung Fr. 63'180.-- pro Jahr bei einem vollzeitlichen Pensum verdient (act. II 64 S. 7). Den Angaben kann nicht entnommen werden, dass bei Ausgestaltung dieses (letzten) Arbeitsplatzes der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers (besonders) Rechnung getragen wurde. Entsprechendes wird auch nicht geltend gemacht, vielmehr führte die ehemali-

ge Arbeitgeberin aus, es handle sich um ein Einkommen ohne Gesundheitsschädigung. Das Valideneinkommen beträgt damit Fr. 63'180.--.

Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht verwertet bzw. nicht umsetzt, ist das Invalideneinkommen aufgrund statistischer Werte zu bestimmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Gestützt auf das RAD-ärztliche Zumutbarkeitsprofil (vgl. RAD-Bericht vom 5. Februar 2025 [im Gerichtsdossier]) ist mit der Beschwerdegegnerin auf den Totalwert im Kompetenzniveau 1 von Fr. 5'305.-- abzustellen (LSE 2022, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer; vgl. hierzu BGE 144 I 103 E. 5.2 S. 110). Dieser ist auf ein Jahr hochzurechnen, an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden anzupassen (Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2024) und auf das Jahr 2024 zu indexieren (Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2025, Total, Indices 2022 [100.3] bzw. 2024 [103.2]), wobei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu berücksichtigen ist. Was den beantragten Abzug vom Tabellenlohn angeht, ist in Anwendung von Art. 26bis Abs. 3 IVV ein solcher von 10% vorzunehmen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Es resultiert somit ein Invalideneinkommen von Fr. 49'164.75 (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 / 100.3 x 103.2 x 0.8 x 0.9).

Ein weitergehender Abzug vom Invalideneinkommen (Beschwerde S. 14 lit. E) ist im Rahmen der ab 1. Januar 2024 in Kraft stehenden Bestimmung von Art. 26bis Abs. 3 IVV (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ausgeschlossen, zumal der Beschwerdeführer über eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 80 % verfügt (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Weiterungen zur Gesetzmässigkeit dieser Verordnungsbestimmung erübrigen sich, da selbst bei einem gemäss der bis 31. Dezember 2023 geltenden Rechtsprechung (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 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3) maximal möglichen – hier jedoch klarerweise nicht gerechtfertigten – Abzug von 25 % ein Invalideneinkommen von Fr. 40'970.65 resultierte (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 / 100.3 x 103.2 x 0.8 x 0.75). Auch dies ergäbe

einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von höchstens 35 % (Fr. 63'180.-- ./. Fr. 40'970.65 / Fr. 63'180.-- x 100).

4.4 Aus der Gegenüberstellung der massgebenden Vergleichseinkommen resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 22 % ([Fr. 63'180.-- ./. Fr. 49'164.75] / Fr. 63'180.-- x 100; vgl. E. 2.3 hiervor und zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1). Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Der Bericht von Prof. C._____ vom 11. Februar 2025 (act. I 3) war für die Entscheidfindung nicht nötig (Art. 45 Abs. 1 ATSG), so dass die entsprechenden Kosten (vgl. Ziff. 2 der Rechtsbegehren) nicht von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind.

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 (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2025)
   - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin: Der Gerichtsschreiber:

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.