

200 18 14 IV
FUE/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. August 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. November 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 5. November 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 13). Diese holte ein bidisziplinäres (orthopädisch-psychiatrisches) Gutachten ein (AB 44.1) und gewährte daraufhin ein Arbeitstraining (AB 50, 52). Nach Aufforderung zur Schadenminderung (AB 58) brach sie das Arbeitstraining ab (AB 60, 75) und verneinte einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen (AB 74). In der Folge holte die IVB beim psychiatrischen Gutachter eine Verlaufsexpertise ein (AB 118.1) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 125, 129) sowie Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 132) mit Verfügung vom 21. November 2017 (AB 134) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

B.

Mit Eingabe vom 5. Januar 2018 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde erhoben und beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

Die Beschwerdegegnerin hat mit Beschwerdeantwort vom 7. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Mit Schlussbemerkungen vom 9. bzw. 12. März 2018 haben die Parteien an ihren Anträgen festgehalten.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 21. November 2017 (AB 134). 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). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invali-

ditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 S. 298) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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).

3.

3.1 Die Invalidenversicherung hatte sich mit dem Beschwerdeführer bereits vor dessen Anmeldung vom 5. November 2014 (AB 13) befasst. Nach einer Haftungsablehnung der Militärversicherung im Zusammenhang mit geltend gemachten Rückenbeschwerden (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 5) hatte die IV-Kommission bzw. IV-Stelle ... in den 90er Jahren diverse Massnahmen beruflicher Art gewährt und im Jahr 2004 ein neuerliches Leistungsgesuch hinsichtlich beruflicher Massnahmen abschlägig beschieden (AB 5-8; BB 6-9, 11). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren bildet aufgrund des Rechtsbegehrens allein der Rentenanspruch Streitgegenstand, über den bisher nicht rechtskräftig befunden wurde. Im Rahmen der materiellen Prüfung dieses Leistungsanspruchs ist somit ein bei der Neuanmeldung analog zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) vorzunehmender Vergleich mit der Situation im Zeitpunkt der Leistungsablehnung im Jahr 2004 (BB 11) obsolet, weshalb sich die beantragte Edition der Akten der IV-Stelle ... (Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Art. 2 f.) erübrigt.

3.2 Der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2017 (AB 134) liegen in medizinischer Hinsicht hauptsächlich das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der C._____ (MEDAS) vom 13. Juli 2015 (AB 44.1) sowie das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 16. Juni 2017 (AB 118.1) zu Grunde.

3.2.1 In der Expertise vom 13. Juli 2015 (AB 44.1) diagnostizierten die Dres. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das Folgende (AB 44.1/16 Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80)
 - radiologisch bis auf Osteochondrose L5/S1 und breitbasige Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression unauffälliger Befund an zervikaler, thorakaler und lumbaler Wirbelsäule (Myelographie und Myelo-CT vom 29. Oktober 2014, Röntgen vom 8. April 2015 und MRI vom 29. April 2015)
 - anamnestisch kein Ansprechen auf CT-gesteuerte Fazetteninfiltration L4/5 beidseits am 15. November 2007

- anamnestisch mässiges Ansprechen auf CT-gesteuerte Fazetteninfiltration L5/S1 beidseits am 12. Dezember 2007
- anamnestisch kein Ansprechen auf CT-gesteuerte Fazetteninfiltration L2/3 beidseits am 4. September 2014
- anamnestisch kein Ansprechen auf erneute Infiltration vor einer Woche

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54)
- chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9)

Die beiden Sachverständigen attestierten für körperlich schwere, anhaltend mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten, so auch für die angestammte Beschäftigung als Metallbauschlosser, ab August 2014 eine rein orthopädisch begründete, bleibende Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten (wechselbelastende Arbeiten ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10kg, vereinzelt 15kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen) habe hingegen nie eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Sie erklärten unter anderem, bis auf die Osteochondrose und Diskushernie ohne Neurokompression seien bildgebend keine Befunde darstellbar, insbesondere nicht solche, welche die Beschwerden miterklären könnten. Dies stimme auch mit der unspezifischen Klinik überein. Es lasse sich im Gegenteil eine ausgeprägte funktionelle Überlagerung in der klinischen Untersuchung feststellen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine überwindbare Schmerzverarbeitungsstörung, wobei das übertriebene Schmerzgebaren des Exploranden, welches auch als aggravatorisches Verhalten beschrieben werden könne, auffallend sei (AB 44.1/17 Ziff. 6).

3.2.2 In der psychiatrischen Verlaufsexpertise vom 16. Juni 2017 (AB 118.1) vermerkte Dr. med. E. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; AB 118.1/13 Ziff. 7.1). Er bescheinigte seit der Aufnahme der psychiatrischen Behandlung im Februar 2016 sowohl für die bisherige als auch eine Verweisungstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (AB 118.1/18 Ziff. 14). Hinweise auf Aggravation oder Diskrepanzen fielen dem Gutachter nicht auf (AB 118.1/14 Ziff. 8.4, 118.1/16 Ziff. 11).

3.3 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).

3.4

3.4.1 Der orthopädische Teil des MEDAS-Gutachtens vom 13. Juli 2015 (AB 44.1) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt unbestrittenermassen vollen Beweis. Ferner haben die Schlussfolgerungen von Dr. med. D._____ mit Blick auf die im Nachgang zu dieser Begutachtung eingelangten medizinischen Unterlagen auch nicht an Aktualität eingebüsst. So wurde im Bericht des Zentrums F._____ vom 27. August 2015 (AB 77/8-11) der lumbale Schmerz nach wie vor als nicht radikulär gewertet, der geklagte Nackenschmerz am ehesten als myofaszial auf dem Boden der insuffizienten Muskulatur interpretiert und lediglich ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts in Betracht gezogen. Eine konsiliarische Abklärung im Spital M._____ vom 26. Oktober 2015 (AB 77/5-7) führte ebenfalls nicht zu wesentlichen neuen Erkenntnissen, insbesondere war der im Zusammenhang mit der chronischen Lumbalgie erwähnte Morbus Scheuermann dem orthopädischen Gutachter aufgrund der Vorakten (AB 44.2/1-3) bereits bekannt. Die Ärzte des Spitals N._____, wo der Beschwerdeführer nach einem Zusammenbruch im Rahmen des Arbeitstrainings (vgl. IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 9) ambulant untersucht wurde, gingen im Notfallbericht vom 11. März 2016 (AB 64/3 f.) von einer schmerzinduzierten vasovagalen Synkope aus und erklärten, das Beschwerdebild der chronischen Lumbalgie bzw. des Schmerzsyndroms habe sich ohne Änderung gezeigt. Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie, schloss im Konsiliarbe-

richt vom 12. Oktober 2016 (AB 89/2-5) eine axiale Spondylarthropathie als Differentialdiagnose praktisch aus und führte die Degenerationen der Bandscheiben und Fazetten im Segmentbereich L3 bis S1 im Konsiliarbericht vom 12. Oktober 2016 (AB 89/2-5) auf den bekannten Morbus Scheuermann am thorakolumbalen Übergang zurück.

3.4.2 Gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung von Dr. med. D._____ ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer zufolge der verminderten Belastbarkeit vor allem der unteren Wirbelsäule das Verrichten der angestammten Arbeit als Metallbauschlosser seit August 2014 nicht mehr zumutbar ist, während er in leidensangepassten Tätigkeiten nie längerdauernd eingeschränkt war (AB 44.1/14 f. Ziff. 4.5 f., 44.1/17 Ziff. 6).

3.5

3.5.1 Was den psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens vom 13. Juli 2015 (AB 44.1) anbelangt, drängte sich eine Verlaufsbeurteilung nicht allein aus rechtlicher Sicht auf (AB 105). Zwar wurde die Expertise noch vor der Praxisänderung im Sinne von BGE 141 V 281 in Auftrag gegeben (AB 38), weshalb sie in intertemporalrechtlicher Hinsicht den geänderten materiell-beweisrechtlichen Anforderungen allenfalls nicht genügte (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; AB 97/2). Mit der ab Februar 2016 in Anspruch genommenen ambulanten Therapie bei Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 78/2 Ziff. 7), der Hospitalisation vom 30. März bis 9. April 2016 in den psychiatrischen Diensten I._____ im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU; AB 73/2-5), dem Abbruch des Arbeitstrainings in der Stiftung Battenberg per 5. April 2016 (AB 55, 60, 75) und den zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren (Aussteuerung Krankentaggeld, Arbeitslosigkeit, Hausverkauf, Ehetrennung und -scheidung mit hohen Alimenten, familiäre Todesfälle [AB 86.1/1, 101 f., 118.1/8 ff. Ziff. 3.2 und Ziff. 3.8; IV-Protokoll S. 4]) traten jedoch zusätzliche Aspekte hinzu, die einer psychiatrischen Würdigung bedurften.

3.5.2 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2017 (AB 134) in Frage, ob Dr. med. E._____ im Verlaufsgutachten vom 16. Juni 2017 (AB 118.1) die anhaltende somato-

forme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; AB 118.1/13 Ziff. 7.1) «fachärztlich einwandfrei» diagnostiziert habe (AB 134/1).

Dem ist insoweit zuzustimmen, als gewisse Divergenzen hinsichtlich der klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.1 hiervor) bestehen. Zunächst ist festzuhalten, dass die Herleitung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) im besagten Verlaufsgutachten einen sehr bescheidenen Raum einnimmt. Im Wesentlichen führte Dr. med. E. _____ aus, der Explorand fühle sich durch seine körperlichen Beschwerden mehr eingeschränkt, als es sich durch die somatischen Befunde objektivieren lasse (AB 118.1/12 Ziff. 6). Er leide andauernd unter Rückenschmerzen, die sich bei Belastung und beim Gehen verstärkten. Die Schmerzen seien zum Teil so stark, dass er unter Schweissausbrüchen leide und auch schon zusammengesunken sei (AB 118.1/7 Ziff. 3.2). Seit der Beurteilung im Jahre 2015 sei es zu erheblichen psychosozialen Belastungen gekommen. Daher – so der Experte weiter – «müsse» die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden (AB 118.1/12 Ziff. 6). Ob die vorherrschende Beschwerde – «ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz» (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233) – durch den Untersucher im Rahmen der Exploration beobachtet bzw. plausibilisiert werden konnte oder ob die gutachterliche Einschätzung einzig auf den anamnestischen Angaben sowie den subjektiven Schilderungen des Exploranden beruht, lässt sich dem Gutachten vom 16. Juni 2017 (AB 118.1) nicht entnehmen. Ferner leuchtet der gutachterliche Schluss von den seit der ersten Begutachtung hinzugetretenen erheblichen psychosozialen Belastungen auf die Diagnose nicht ohne Weiteres ein. Gemäss den diagnostischen Leitlinien tritt der Schmerz «in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf», die schwerwiegend genug sein müssen, um als «entscheidende *ursächliche* Einflüsse zu gelten» (DILLING et al., a.a.O.; Hervorhebung durch das Gericht). Wenn nicht gezeigt werden kann, dass diese Aspekte eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt, dann spricht dies zumindest nach ICD-10 gegen eine (somatoforme) Schmerzstörung (vgl. RALF DOHRENBUSCH, Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter

Schmerzen, 1. Aufl. 2007, S. 126). Inwieweit die emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme hier ursächliche Einflüsse des Schmerzgeschehens sein sollen, ist nicht erkennbar, bestand das Schmerzgeschehen doch bereits bei der ersten Begutachtung im Jahre 2015 (AB 44.1/8 Ziff. 3.4), ohne dass dieses organisch hinreichend erklärbar gewesen wäre. So fielen beispielsweise alle fünf Waddell-Zeichen positiv aus (AB 44.1/14 Ziff. 4.4), was für eine nichtorganische Pathologie bzw. ein abnormes Schmerzverhalten spricht (vgl. WIDDER/GAIDZIK [Hrsg.], Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011, S. 80; VILLIGER/SEITZ [Hrsg.], Rheumatologie in Kürze, 2. Aufl. 2006, S. 166). Zudem konnte Dr. med. D. _____ – abgesehen vom degenerativen Geschehen auf den Etagen L4-S1 ohne Radikulopathie – keine Befunde feststellen, welche die Beschwerden hätten miterklären können (AB 44.1/16 f. Ziff. 6). Mangels Auswirkung auf den Rentenanspruch kann aber letztlich offen bleiben, ob die klassifikatorischen Vorgaben eingehalten sind (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Denn das psychiatrische Verlaufsgutachten vom 16. Juni 2017 (AB 118.1) bildet – zusammen mit dem MEDAS-Gutachten vom 13. Juli 2015 (AB 44.1) – allemal eine hinreichende Grundlage, um die Ausschlussgründe (vgl. E. 2.2.2 hiervor) und Standardindikatoren (vgl. E. 2.2.3 hiervor) einer Prüfung zu unterziehen, wobei deren Ergebnis der Annahme einer invalidisierenden Psychopathologie entgegensteht (vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1 Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung hält unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 nicht stand (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Juni 2015 fiel vor allem dem Orthopäden das übertriebene Schmerzgebaren des Exploranden auf (AB 44.1/17 Ziff. 6). Er dokumentierte zahlreiche Inkonsistenzen: Obwohl aus gutachterlicher Sicht keinerlei pathologische Befunde mit diesbezüglichen Auswirkungen erhoben werden konnten, kam der Beschwerdeführer an Walking-Stöcken zur Begutachtung und gab an, er bewege sich auch zuhause stets unter Zuhilfenahme von Stöcken fort, ausser wenn er sich über kurze Strecken an der Wand abstütze (AB 44.1/7

Ziff. 3.2, 44.1/10 Ziff. 4.1 und 4.2.1). Er präsentierte ein völlig inkonstantes, keinesfalls reproduzierbares rechtsseitiges Hinken und gab die Gangarten als undurchführbar an. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule bestand unter Gegenspannung eine erheblich bis vollständig eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte (AB 44.1/13 Ziff. 4.4). So liess die Halswirbelsäule (HWS) beispielsweise statt den Referenzwerten von je 60-80° (vgl. GEORG FREIHERR VON SALIS-SOGLIO, Die Neutral-0-Methode, 2015, S. 16) links bloss eine Rotation von 40° und rechts unter erheblichem Zittern 30° zu, wogegen sich unter Ablenkung beidseits keine relevante Einschränkung bzw. eine durchaus freie Kopffrotation zeigte (AB 44.1/11 Ziff. 4.2, 44.1/13 Ziff. 4.4). Auch an sämtlichen Extremitäten zeigte der Beschwerdeführer eine massive Bewegungseinschränkung, insbesondere bei der Prüfung der Hüftgelenke in Rückenlage samt resultierender Schmerzhaftigkeit an der thorakolumbalen Wirbelsäule, während die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen durchaus bis in die Endposition gelangt. Auffallend waren zudem äusserst diffuse (ubiquitäre) Druckdolenzen an praktisch sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten, selbst bei geringer Berührung mit den Fingerkuppen. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen wurde von einer andauernden, von den eingenommenen Positionen weitgehend unabhängigen diffusen Schmerzäusserung begleitet (AB 44.1/11 Ziff. 4.2, 44.1/14 Ziff. 4.4). Dr. med. D._____ gelangte zusammenfassend zum Schluss, dass sich die völlig diffus unter anderem den ganzen Bewegungsapparat umfassenden, permanent auftretenden und unablässig zunehmenden Beschwerden in keiner Weise begründen liessen. Die anamnestische und klinische Präsentation mit massivem, zum Teil grotesk anmutendem Schmerzgebaren sei keinesfalls nachvollziehbar (AB 44.1/14 Ziff. 4.4). Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden andererseits (AB 44.1/16 Ziff. 4.9). Dr. med. E._____ konstatierte aus psychiatrischer Optik, dass anlässlich der Exploration eine erhebliche Diskrepanz zwischen den als sehr einschränkend geklagten Schmerzen und der psychischen Befindlichkeit bestanden habe (AB 44.1/8 Ziff. 3.4; vgl. auch AB 44.1/7 Ziff. 3.2). Schliesslich ging der psychiatrische Gutachter in der bidisziplinären Beurteilung mit Dr. med. D._____ einig, dass das übertriebene Schmerzgebaren auch als aggraviorisches Verhalten zu werten sei (AB 44.1/17 Ziff. 6).

Allein der Umstand, dass anlässlich der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung im Jahre 2017 dem Gutachter keine Hinweise auf Aggravation oder Diskrepanzen auffielen (AB 118.1/14 Ziff. 8.4, 118.1/16 Ziff. 11), ändert nichts an den diesbezüglich eindeutigen Feststellungen im MEDAS-Gutachten vom 13. Juli 2015 (AB 44.1). Dies zumal sich der gerichtliche Überprüfungshorizont hinsichtlich des strittigen Rentenanspruchs über den gesamten Zeitraum vom Beginn der Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2017 (AB 134) erstreckt (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) und somit auch das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. D._____ umfasst, welches im Verfügungszeitpunkt immer noch aktuell war (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Wenngleich die Feststellung einer Aggravation, Simulation oder Somatisierung stets auch eine Aussage über innere Tatsachen (bewusste oder weitgehend bewusstseinsnahe Motivation bzw. Symptombildung) enthält (vgl. DOHRENBUSCH, a.a.O., S. 55 f.) und der begutachtende Orthopäde bei diesbezüglichen Feststellungen Vorsicht walten lassen sollte (vgl. Swiss Orthopaedics, Leitlinien für die orthopädische Begutachtung, 2017, S. 3 Ziff. 2.7 Lemma 2 [abrufbar unter <www.swissorthopaedics.ch>, Rubrik: Kommissionen und Expertengruppen/Empfehlungen und Publikationen]), können sich relevante Inkonsistenzen oder Aggravationshinweise – wie hier – allemal auch bei der Exploration durch somatische Experten ergeben. Hier kommt hinzu, dass Dr. med. E._____ im Rahmen des bidisziplinären Konsenses aus seinem Kompetenzbereich heraus (vgl. E. 2.2.2 hiervor; IV-Rundschreiben Nr. 313 i.V.m. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP], Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, 3. Aufl. 2016, S. 32 Anhang 4 [abrufbar unter <www.psychiatrie.ch>, Rubrik SGPP/Direktzugriff/Qualität; SZS 2016 S. 435 ff.]) die Aggravation bestätigte (AB 44.1/17 Ziff. 6).

Dass sich in der aktuellsten Begutachtung keine solchen Auffälligkeiten mehr zeigten, mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass die klinische Funktionskontrolle des Bewegungsapparates, bei welcher die Diskrepanzen ursprünglich besonders deutlich zu Tage traten, mangels Notwendigkeit einer orthopädischen Verlaufsbeurteilung nicht wiederholt wurde. Des Weiteren wurde der Beschwerdeführer durch den Inhalt des MEDAS-

Gutachtens (AB 44.1) des Aggravationsvorwurfes gewahr und konnte sich im Rahmen der Verlaufsbeurteilung allenfalls bezüglich seines Schmerzgebarens in entsprechender Zurückhaltung üben. Dr. med. E. _____ stellte aber dennoch eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung bzw. ein im Vordergrund stehendes Klagen über die Beschwerden fest (AB 118.1/11 Ziff. 4, 118.1/15 f. Ziff. 9.3 und 10.7), ohne dass er seine frühere Einschätzungen in Bezug auf die Aggravationshinweise revidierte (Beschwerde S. 12 Ziff. IV Ziff. 9).

Angesichts dieser Ausschlussgründe verbietet sich – entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 12 Ziff. IV Ziff. 9) – die Annahme einer psychisch bedingten invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung, zudem sprechen auch die Standardindikatoren gegen eine funktionelle Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung bzw. depressiven Störung (vgl. E. 4.2 f. hiernach).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die Schwere der Gesundheitsschädigung kann sich deshalb nicht allein aus der Diagnosestellung ergeben (Beschwerde S. 13 Ziff. IV Ziff. 11). Dr. med. E. _____ beschrieb ein mittelgradiges depressives Zustandsbild (AB 118.1/13 Ziff. 8.1) und stellte die Diagnosen nicht nur vor dem Hintergrund multipler psychosozialer Belastungen (Aussteuerung Krankentaggeld, Arbeitslosigkeit, Hausverkauf, Ehetrennung und -scheidung mit hohen Alimenten, familiäre Todesfälle [AB 86.1/1, 101 f., 118.1/8 ff. Ziff. 3.2 und Ziff. 3.8; IV-Protokoll S. 4]), er erachtete diese grundsätzlich invaliditätsfremden Gesichtspunkte gleichsam als ursächlich für die entsprechende Krankheitsentwicklung (AB 118.1/12 f. Ziff. 6 und

Ziff. 7.3; vgl. auch E. 3.5.2 hiervor). Zudem ist der Beschwerdeführer in der Lage, Freude an seinem Hund zu empfinden, täglich um 6.00 Uhr aufzustehen um diesen zu füttern, spazieren zu gehen, in die Natur zu fahren und mit dem Hund zu spielen, Einkäufe zu erledigen, regelmässigen Besuch von seiner Mutter zu empfangen, ab und zu – wenn auch selten – zu kochen, die Wäsche zu erledigen, ein wenig zu putzen und sich gelegentlich mit Spielen auf dem Computer zu beschäftigen (AB 118.1/8 Ziff. 3.2, 118.1/9 Ziff. 3.5, 118.1/10 Ziff. 3.9, 118.1/12 Ziff. 6). Dies deutet auf in weiten Teilen erhaltene Alltagsfunktionen hin, was mit den Schmerzangaben (diffuse ubiquitäre Schmerzen bei blosser Palpation [AB 44.1/11 Ziff. 4.2]) nicht vereinbar ist. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome fällt vor diesem Hintergrund ausser Betracht (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 3.3.2).

4.2.1.2 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.): Der Beschwerdeführer nahm erstmals ab 5. Februar 2016 eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. H._____ in Anspruch (AB 78/2 Ziff. 7; IV-Protokoll S. 7). Weil dieser angeblich einen IV-Bericht nicht habe ausfüllen wollen (AB 118.1/12 Ziff. 6), liess sich der Beschwerdeführer ab 20. Juni 2016 durch die Psychologinnen J._____ bzw. K._____ (unter Verantwortung von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) weiterbetreuen, wobei die Therapiesitzungen alle ein bis zwei Wochen stattfanden (AB 73/2 Ziff. 7, 118.1/7 Ziff. 3.2, 118.1/12 Ziff. 6). Auf Wunsch des Beschwerdeführers wurde anfänglich keine medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka etabliert (AB 78/3 Ziff. 8), später aber Antidepressiva verschrieben (AB 118.1/7 Ziff. 3.2). Gemäss Dr. med. E._____ wurde die bisherige Therapie lege artis durchgeführt und sollen keine weiteren Therapieoptionen bestehen (AB 118.1/15 f. Ziff. 10.1 und Ziff. 10.3). Abgesehen von der kurzen Hospitalisation in den psychiatrischen Diensten I._____ vom 30. März bis 9. April 2016 (die als FU erfolgte, da der Beschwerdeführer eine Morddrohung ausgestossen hatte [AB 73/2-5]), fanden jedoch keine stationären oder teilstationären Massnahmen statt.

4.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Die degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat führen nicht zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten (vgl. E. 3.4.2 hiavor). Zwar kann dem depressiven Zustandsbild nicht jegliche ressourcenhemmende Wirkung abgesprochen werden (AB 118.1/15 Ziff. 8.8 und Ziff. 9.5; Beschwerde S. 15 Ziff. IV Ziff. 16), augenscheinlich stellt es indes hauptsächlich ein reaktives Geschehen dar, beruhend auf psychosozialen Belastungsfaktoren (AB 118.1/12 f. Ziff. 6 und Ziff. 7.3; vgl. auch E. 3.5.2 hiavor), welche als invaliditätsfremd auszuklammern sind (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

4.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Es ergaben sich anlässlich der psychiatrischen Verlaufsexploration keine Hinweise auf überwertige Ideen und wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen waren ebenfalls nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer hatte einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person, er äusserte weder Zwangsgedanken noch berichtete er über Ängste oder Phobien (AB 118.1/11 Ziff. 4).

4.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin gewisse Ressourcen bereit. Zwar ging Dr. med. E. _____ von einem ausgeprägten sozialen Rückzug aus (AB 118.1/14 Ziff. 8.2), er liess dabei aber offensichtlich unberücksichtigt, dass der Beschwerdeführer nach eignen Angaben schon immer eher zurückgezogen lebte (AB 44.1/7 Ziff. 3.1, 44.1/8 Ziff. 3.4) und sich in seiner Freizeit um das (mittlerweile verkaufte) Haus mit Garten kümmerte (AB 44.1/8 Ziff. 3.4). Zudem ist eine gewisse Isolation auch auf den aussermedizinischen Aspekt der Ehetrennung bzw. -scheidung zurückzuführen (AB 118.1/12 Ziff. 6).

Immerhin trifft sich der Beschwerdeführer regelmässig mit seiner Mutter und geht «mehr oder weniger regelmässig» auswärts in einer Gassenküche essen (AB 118.1/10 Ziff. 3.9).

4.3 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten psychischen Störung. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex Gesundheitsschädigung noch im Komplex Persönlichkeit eine erhebliche negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.; Beschwerde S. 17 Ziff. IV Ziff. 20) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. BGer 9C_367/2015, E. 4). Selbst wenn keine Ausschlussgründe vorlägen und die klassifikatorischen Vorgaben eingehalten wären, bliebe damit aus rechtlicher Sicht allein die somatisch begründete qualitative Einschränkung im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bei 100%iger Arbeitsfähigkeit massgebend. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Vollerwerbstätigen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all-fälliger 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).

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (bzw. im Revisionszeitpunkt) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen

Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

6.

6.1 Der Beschwerdeführer war ab August 2014 in der angestammten Tätigkeit bleibend arbeitsunfähig (AB 24/7-9, 44.1/17 Ziff. 6) und meldete sich im November 2014 zum Leistungsbezug an (AB 13). Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt demnach auf August 2015 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG [Karenzfrist]).

6.2 Der Beschwerdeführer ist gelernter ... (AB 13/4 Ziff. 5.3, 26/4, 27/18) und war zuletzt ab August 2005 als ... bei einer ... angestellt (AB 24/2 f. Ziff. 2.1 und 2.7). Dieses langjährige Arbeitsverhältnis wurde nach der krankheitsbedingten Arbeitsniederlegung offensichtlich invaliditätsbedingt aufgelöst (AB 36/2; IV-Protokoll S. 3 f.) und würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns weiterhin bestehen. Gestützt auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2014 ein Bruttoeinkommen von Fr. 74'750.-- erzielt hatte (AB 24/3 f. Ziff. 2.10 und Ziff. 2.12), ergibt sich unter Berücksichtigung der branchenspezifischen Nominallohnentwicklung ein Valideneinkommen von Fr. 75'257.-- (Fr. 74'750.-- / 103.3 x 104.0 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Wirtschaftszweig Ziff. 10-33 {Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren}, Index 2014 bzw. 2015]).

6.3 Da der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht verwertet ist für das Invalideneinkommen auf hypothetische Werte abzustellen, was zu einem hypothetischen Bruttojahreseinkommen von Fr. 66'646.-- führt (Fr. 5'312.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total 2015] / 103.2 x 103.5 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2014 bzw. 2015]). Ob – und wenn ja, in welcher Höhe – ein leidensbedingter Abzug gerechtfertigt ist, kann offen bleiben, würde sich doch selbst die Zulassung eines (keinesfalls gerechtfertigten) Maximalabzugs von 25 % (vgl. E. 5.2.2 hiervor) im Ergebnis nicht auswirken. Diesfalls läge das Invalideneinkommen bei Fr. 49'985.-- (Fr. 66'646.-- ./ 25 %).

6.4 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt sich selbst im für den Beschwerdeführer günstigsten Fall ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 34 % ([Fr. 75'257.-- ./ Fr. 49'985.--] / Fr. 75'257.-- x 100). Die gegen die Verfügung vom 21. November 2017 (AB 134) erhobene Beschwerde, welche allein auf einen Rentenanspruch abzielt, ist folglich abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen 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:

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.