

200 18 378 IV
KNB/SCM/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. April 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. September 2006 unter Hinweis auf Schmerzen im Schulter- und Rückenbereich erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1/1 ff.). Nach Vornahme der medizinischen und erwerblichen Abklärungen lehnte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 22. Mai 2008 (AB 38) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % ab. Auf die Neuanschuldung vom 8. Juli 2011 (AB 39) trat sie mit Verfügung vom 27. September 2011 (AB 48) mangels Glaubhaftmachens einer Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht ein.

B.

Am 24. Oktober 2016 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Schmerzen an Nacken, Schulter, Hüfte, Beine und Rücken erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 56). Nach neuerlichen Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht, in deren Rahmen insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten der B._____ (MEDAS) vom 21. November 2017 (Versanddatum; AB 98.1) eingeholt wurde, lehnte die IVB den Rentenanspruch mit Vorbescheid vom 30. November 2017 (AB 100) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10 % ab. Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin (AB 104, 106, 109, 111) mit Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112) fest.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte am 9. Mai 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente auszurichten.

Mit Eingabe vom 19. Mai 2018 stellte der Beschwerdeführer sinngemäss ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, welches er am 18. Juni 2018 aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 7. Juni 2018) verbesserte.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. Juli 2018 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu den Akten (vgl. prozessleitende Verfügung vom 4. Juli 2018).

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 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 10. April 2018 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

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

2.2.1 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. 85). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

2.2.2 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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). 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 die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 Wird ein Gesuch um Revision bzw. eine Neuanschuldung eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5 Um den 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 24. Oktober 2016 (AB 56) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte zur Beantwortung der Frage, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vorliegt, die überhaupt geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (E. 2.4.1 hiervor), bilden einerseits die Verhältnisse zur Zeit der leistungsabweisenden Verfügung vom 22. Mai 2008 (AB 38) und andererseits diejenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112; vgl. E. 2.4.3 hiervor). Nicht massgebend ist dabei die Verfügung vom 27. September 2011 (AB 48), da die Beschwerdegegnerin damit nicht auf die Neuanmeldung vom 8. Juli 2011 (AB 39) eingetreten ist und folglich keine umfassende materielle Prüfung des Leistungsbegehrens vorgenommen hat (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

3.2 Der leistungsabweisenden Verfügung vom 22. Mai 2008 (AB 38) lag hauptsächlich das Gutachten von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 22. Februar 2008 (AB 32) zugrunde. Darin stellte die Expertin die folgenden Diagnosen (AB 32/11):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Zervikovertebrales Schmerzsyndrom bewegungsabhängig auftretend mit rezidivierender Ausstrahlung linksbetont m./b.
 - neurologisch:
 - Beweglichkeit HWS wenig eingeschränkt
 - erhöhter Muskeltonus Trapezius beidseits
 - Radius/Periostreflex links fehlend, kein sensomotorisches Defizit obere Extremitäten
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - Fehlhaltung
 - degenerative Veränderungen v.a. C5/6 mit leichter Wurzelkompression C6 beidseits
- Lumbovertbrale Schmerzen bewegungsabhängig auftretend mit rezidivierenden Oberschenkelschmerzen rechts m./b.
 - neurologisch:
 - unauffällige Befunde
 - radiologisch/neuroradiologisch:
 - kleine Diskushernie L4/5 rechts foraminal ohne Neurokompression

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Osteosynthese nach Zehenfraktur rechts, Tonsillektomie

Seit Jahren leide der Explorand an Schmerzen im zervikalen und lumbalen Wirbelsäulenabschnitt, welche vor allem stellungsabhängig betreffend den Nacken und bewegungsabhängig betreffend die Kreuzregion auftreten würden. Es handle sich nicht um einen Dauerschmerz. Auch die in die Trapeziusregion links, selten bis in den Oberarm oder Daumen links reichenden Beschwerden würden in bestimmten körperlichen Konstellationen wie beim Kopfdrehen nach links und zugleich Gewichte tragen mit der Hand im ausgestreckten linken Arm – wie dies im ... unumgänglich sei – auftreten. Die Kreuzschmerzen würden in bestimmten Situationen auftreten, oftmals verbunden mit einem Oberschenkelschmerz rechts, wobei der ganze Oberschenkel ohne radikuläre Verteilung betroffen sei. Aufgrund der radiologischen/neuroradiologischen Befunde liege ein organisches Korrelat für das Schmerzgeschehen sowohl im zervikalen wie auch im lumbalen Wirbelsäulenabschnitt vor; die neurologischen Befunde liessen eine anhaltende Wurzelkompression ausschliessen, sowohl was die oberen wie auch die unteren Extremitäten anbelange. Die Tätigkeit als ... müsse wegen der Belas-

tung der HWS als ungünstig bezeichnet werden, hierfür liege seit dem 26. August 2006 aktenkundig und unverändert (AB 32/14 Ziff. 6 und 7) eine Einschränkung von 50 % (ohne zusätzliche Leistungseinbusse [AB 32/13 f. Ziff. 5]) vor. Eine andere leichte Tätigkeit mit wiederholtem (AB 32/13 Ziff. 3) Positionswechsel sei jedoch uneingeschränkt ganztags zumutbar, sei dies im ... oder als Selbständigerwerbender im ... (AB 32/12).

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Dem Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Radiologie, Zentrum Z._____, vom 31. März 2015 (AB 72/37) ist zur Beurteilung des MRI der HWS vom gleichen Tag das Nachstehende zu entnehmen: Skoliotische Fehlhaltung, leicht- bis mässiggradige, z.T. chronisch erosive Osteochondrose zwischen HWK 3 und HWK 7, am ausgeprägtesten C4/5 und C5/6. Auf Höhe C5/6 Nachweis einer dorsomedianen linkslastigen bis präforaminal reichenden Diskushernie mit begleitender unkarthrotischer Foramenstenose und Kompression der C6-Wurzel links. Dorsales Discbulging bzw. flache Diskushernie in den übrigen degenerierten Etagen. Leichtgradige unkarthrotische Foramenstenosen C5 beidseits. Mässiggradige Spondylarthrose. Rückenmark intakt.

3.3.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Radiologie, Spital Y._____, führte im Bericht vom 9. Mai 2016 (AB 62/4 f.) aus, das am gleichen Tag erstellte MRI des Schultergelenks links zeige einen radiären, vernarbten Einriss des anterioren Labrums etwa in der Mitte, eine dorsale Subluxationsstellung des Humeruskopfes mit dorsaler Degeneration und eine leichte Verdickung der Gelenkkapsel über dem Rotatorenintervall, jedoch keinen Hinweis auf Kapselschrumpfung bei regelrechter Distension. Weiter bestehe eine geringe Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne sowie deutlich der Subskapularissehne, eine normale Trophik der Rotatorenmuskulatur bis auf ein geringes Ödem und eine leichte Verfettung des M. teres minor unklarer Ursache.

3.3.3 Die Dres. med. F._____ und G._____, beides Fachärzte für Radiologie, Zentrum J._____, hielten zum CT Becken vom 1. Septem-

ber 2016 (AB 59/2) eine rechtsbetonte Coxarthrose, unauffällige Iliosakralgelenke beidseits sowie eine Ossifikationsstörung links in Trochanterregion fest.

3.3.4 Dr. med. H._____, Praktischer Arzt, Praxis I._____, hielt im Bericht vom 27. September 2016 (AB 62/2) fest, das MRI des rechten Hüftgelenks vom 2. September 2016 (AB 62/3) habe eine bereits höhergradige Chondropathie vor allem des dorsalseitigen Acetabulumknorpels sowie einen Riss des Labrums bei vermindertem Kopf-Hals-Offset gezeigt. Höchstwahrscheinlich bestehe auch eine eher vermehrte Hüftkopf-Überdachung.

3.3.5 Ein am 6. Oktober 2016 durchgeführtes MRI der LWS (AB 59/1) zeigte gemäss der Beurteilung von Dr. med. K._____, Facharzt für Radiologie, Zentrum J._____, einen anlagebedingt relativ engen Spinalkanal, beginnende degenerative Veränderungen in den beiden unteren lumbalen Segmenten und in der Höhe TH11/TH12 sowie keine höhergradige degenerative Stenose.

3.3.6 In der Beurteilung zum MRI der HWS und BWS vom 16. November 2016 (AB 72/21) hielten die Dres. med. F._____, G._____, Zentrum J._____, Folgendes fest: In der HWS von HWK 3-6 Osteochondrosen und Spondylosis deformans und dadurch entstandene linksbetonte, teilweise hochgradige ossäre Foramenstenosen; eine foraminale C5-Wurzelirritation beidseits und eine C6-Wurzelirritation linksforaminal sei anzunehmen; in der BWS einzelne Osteochondrosen und Spondylosis deformans; Zustand nach Morbus Scheuermann der BWS mit Schmorl'schen Impressionen.

3.3.7 Dr. med. H._____, Praxis I._____, führte im Bericht vom 31. Januar 2017 (AB 80/1) aus, die MR-Untersuchung des Schultergelenkes rechts vom 18. Januar 2017 (AB 80/2) belege einen kleinen Riss an der Basis des posterioren Labrums. Ausgehend von diesem Riss komme es zur Ausbildung eines Ganglionkonglomerates entlang des Gefässnervenbündels bis in die Fossa supraspinata. Aufgrund der unspezifischen Schulter- und Armbeschwerden auf der rechten Seite sei schwierig einzu-

schätzen, ob diese Veränderungen für die Beschwerden verantwortlich seien.

3.3.8 Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2017 (AB 79) hielten die Ärzte des Spitals L._____ als „Hauptprobleme“ ein chronic widespread pain Syndrom im Sinne einer Fibromyalgie bei genannten degenerativen Veränderungen fest. Bekannt seien leichte degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und in den Schultergelenken sowie eine beginnende Coxarthrose bei Impingement-Konstellation beidseits. Klinisch zeigten sich eine massive Schmerzausweitung mit starker Reaktion bei Bewegung, jedoch nahezu unauffälliger Palpation, erhaltener muskulärer Stabilisierung und nur leichter Protraktion der Schultern, des Kopfes und Aussenrotationsstellung der Hüfte. Die Fibromyalgie-Kriterien seien erfüllt, die Belastbarkeit sei zurzeit tief.

3.3.9 Im Bericht vom 4. September 2017 (AB 89) stellte Dr. med. H._____, Praxis I._____, die folgenden Diagnosen:

- Riss im posterioren Labrum mit Ausbildung eines Ganglienkonglomerates mit Ausdehnung bis in die Fossa supraspinata Schulter rechts
 - Status nach arthroskopischer dorsaler Kapselraffung und Naht der Subscapularissehne links Februar 2010
- Diskushernie C5/6 mit Foraminalstenose und Kompression der C6-Wurzel, leichtgradige Foraminalstenose C5 beidseits
- Beginnende Coxarthrose bei Impingementkonstellation und Riss des Labrums rechts

Der Gesundheitszustand sei stationär. Aufgrund der Vorgeschichte mit längerer Schmerzanamnese sei nicht davon auszugehen, dass sich die Situation im kurzfristigen Verlauf wesentlich verändern werde. Aktuelle Angaben seien nicht möglich, da die letzte Konsultation im Januar 2017 stattgefunden habe.

3.3.10 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 21. November 2017 (AB 98.1) stellten die Fachärzte in den Gebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie die folgenden Diagnosen (AB 98.1/50 f.):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

- Chronische cervikoradikuläre Schmerzen C6 links bei
- neuroforaminaler Enge des Wurzelaustritts HWK 5/6 links bei/mit
 - Diskushernie C5/6 dorsomedianen linkslastigen bis präforaminal mit begleitender unkarthrotischer Foramenstenose und Kompression der C6-Wurzel links
 - St. n. foraminaler Infiltration C5/6 links mit Depotsteroid am 17.05.06
- Chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts mit/bei
 - Diskushernie L4/5 rechts, klinisch aktuell ohne Neurokompressionszeichen
 - St. n. epiduraler Infiltration L4/5 rechts am 30.08.05
- Pincer Impingement bei Coxarthrose beidseits (CT-Becken 2016), Status nach Hüftarthroskopie (01/2011)
- Subacromiales Impingement Schulter links, aktuell klinisch symptomatisch
 - leichte AC-Gelenksarthrose, klinisch mit Kapsel- und Bizepssehnenreizung
 - bei/mit MR-Arthrographie des Schultergelenkes vom 08.01.2017 (ohne Hinweis auf RM-Läsion)
 - Ganglienkonglomerat mit Ausdehnung bis in die Fossa supraspinata Schulter rechts entlang des Gefäss-Nerven-Bündels
- St. n. arthroskopischer dorsaler Kapselraffung/Naht der Subscapularissehne links (02/2010)

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierender Spannungskopfschmerz
- unklare myalgiforme Schmerzen Arme/Schultergürtel, Beine bei DD unklarer möglicherweise rheumatischer Genese bei möglichem Fibromyalgiesyndrom
- DD Myopathie bei Vitamin D-Insuffizienz bisher ungenügend substituiert, mit/bei
- bekannte CPK-Erhöhung (ED 2015) neurologischerseits ohne Myopathieverdacht
- Wahrscheinlich essentielle Hypertonie (ED 09/2017)
- Adipositas Grad 1 mit BMI 30.9kg/m² bei 79.6kg und 166.6cm
- Status nach wiederholten Hämorrhoidal- bzw. Analoperationen
- Pulsierender Tinnitus links anamnestisch

Aus orthopädischer Sicht bestehe in der ursprünglichen Tätigkeit als ... in der ... sowie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bei persistierender cervikoradikulärer Symptomatik mit foraminaler C6-Irritation, Impingement der Hüftgelenke bei leichtgradiger Coxarthrose und subacromialen Impingement der linken Schulter sowie den chronifizierten Schmerzen ausgehend von einem Vollzeitpensum eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Das Leistungsprofil eines ... umfasse überwiegendes Gehen und Stehen, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, häufig vorgeneigte Haltungen und regelhaften Armeinsatz beidseits. Tätigkeiten mit Schultern von Lasten, Kopfwangposition, Tätigkeiten mit erhobenen Armen oder Armen über Kopf könnten nicht mehr zugemutet werden. Das aktuell vorliegende Leistungsprofil sei mit den Schädigungen und der eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule nur schwer vereinbar. Aus neurologischer Sicht bestehe unter

Berücksichtigung belastender Tätigkeiten in Bezug auf die Hals- und Wirbelsäule und des Schultergürtels bei cervikoradikulärer Schmerzsymptomatik C6 links eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Aus internistischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Polydisziplinär gelte unter Berücksichtigung der neurologischen und orthopädischen Einschätzung für die Tätigkeit als ... in der ... seit Anfang 2015, spätestens seit dem 31. März 2015 (MRI mit HWS-Befund [vgl. AB 72/37]) eine Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % bis 40 % (AB 98.1/56 Ziff. 9.1).

Aus neurologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Leistungsprofile in den jeweiligen Fachgebieten (vgl. AB 98.1/55 Ziff. 8.2.3) in einer adaptierten Tätigkeit (leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, maximal 5 - 10 kg Gewicht, ohne Klettern und Gerüstesteigen, ohne repetitiven Armeinsatz beidseits mit Heben und Tragen über Schulterhöhe und ohne Reklinationshaltung oder Rotationsbewegung der HWS) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer – orthopädisch bedingten – Leistungsminderung von 10 % aufgrund chronifizierter Schmerzen cervical, der linken Schulter und der beiden Hüftgelenke. Dabei werde von einer Verlangsamung und einem vermehrten Pausenbedarf ausgegangen. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit in dieser angepassten Tätigkeit sei schwer festzulegen, werde jedoch ausgehend von dem dokumentierten Befund des CT Becken vom 1. September 2016 (AB 59/2 bzw. E. 3.3.3 hiervor) theoretisch nach Rückgang der Symptomatik des rechten Hüftgelenkes angenommen (ca. nach vier bis sechs Wochen; AB 98.1/57 Ziff. 9.2).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.1 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).

3.4.2 Die Feststellung einer revisionsbegründenden bzw. zu einer Neuanschuldung Anlass gebenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision bzw. Neuanschuldung erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 21. November 2017 (AB 98.1). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und

sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Sie stehen denn auch in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten. Insbesondere beantworteten die Gutachter gesondert, inwiefern sich der Gesundheitszustand im massgebenden Vergleichszeitraum verändert hat (AB 98.1/35 Ziff. 5.10, 98.1/42 Ziff. 6.11, 98.1/50 Ziff. 7.11, 98.1/58 Ziff. 10). Dem Gutachten kommt grundsätzlich voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.5.1 In somatischer Hinsicht führte der neurologische Gutachter (Teilgutachten siehe AB 98.1/42 ff.) unter Berücksichtigung der Anamnese (AB 98.1/43 f. Ziff. 7.2) und Befunderhebung (AB 98.1/45 f. Ziff. 7.3) sowie des MRI der HWS/BWS vom 16. November 2016 (AB 72/21 bzw. E. 3.3.6 hiervor) aus, eine HWS-Degeneration sei gesichert. Das MRI zeige beginnende degenerative Veränderungen HWK 3-6 mit linksbetonten, ossären Neuroforamenstenosen, betont C6 links (AB 98.1/46 Ziff. 7.4.1). Diagnostisch wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein cervikoradikuläres Schmerzsyndrom C6 links bei neuroforaminaler Enge des Wurzelaustritts HWK 5/6 links festgehalten (AB 98.1/48 Ziff. 7.5.1), womit es bei Über- und Fehlbelastungen der HWS zu schmerzhaften Wurzelerscheinungen C6 links kommen könne, so dass die Belastbarkeit der HWS reduziert sei und HWS-belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien (AB 98.1/48 Ziff. 7.4.4). Hierzu ist zu beachten, dass Dr. med. C. _____ bereits im Gutachten vom 22. Februar 2008 ausführte, neurologisch liege eine wenig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS bei einem erhöhtem Muskeltonus im Trapezius beidseits vor, wobei radiologisch bzw. neuroradiologisch im HWS-Bereich eine Streckhaltung mit degenerativen Veränderungen v.a. C5/6 mit leichter Wurzelkompression C6 beidseits zur Darstellung komme (AB 32/10; vgl. auch MRI der HWS vom 22. November 1999 [AB 8/4], vom 11. Juni 2004 [AB 7/5], MRI und Röntgen der HWS / LWS vom 21. Februar 2008 [AB 32/17], MRI der HWS vom 31. März 2015 [AB 72/37], MRI der HWS und BWS vom 16. November 2016 [AB 72/21]). Auch sie bezeichnete die Tätigkeit als ... wegen der Belastung der HWS als ungünstig

(AB 32/12). Zusammenfassend vermögen die sowohl gegenüber Dr. med. C. _____ (AB 32/12 f.) wie auch gegenüber den Gutachtern der MEDAS beklagten zervikalen Beschwerden (AB 98.1/25 Ziff. 3.3.1, 98.1/30 Ziff. 5.2.1, 98.1/43 Ziff. 7.2.1, 98.1/46 Ziff. 7.4.1) keine revisions- bzw. neu-anmeldungsrechtlich relevante Veränderung zu begründen, denn diese Schmerzen wurden von den Ärzten bereits in den Jahren vor Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 22. Mai 2008 (AB 38) abgeklärt (vgl. AB 7/5, 7/7, 7/11 f., 7/15) und unter anderem mittels Infiltration behandelt (so am 7. Oktober 2005 [AB 7/9] und 17. Mai 2006 [AB 7/14]). Soweit der neurologische Gutachter der MEDAS mit der im MRI der HWS vom 31. März 2015 (AB 72/37) gezeigten deutlichen Kompromittierung der Wurzel C6 links im Foramen bei HWK 5/6 links ab dem 1. Januar 2015 von einer gesundheitlichen Veränderung im Sinne einer leichten Verschlimmerung ausgeht (AB 98.1/50 Ziff. 7.11), mag dies aus Expertensicht allenfalls zutreffen. Eine den Kriterien der Rechtsprechung genügende erhebliche Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt damit jedenfalls nicht vor (vgl. E. 3.4.2 hiervor).

Auch die lumbal geklagten Beschwerden sind seit jeher bekannt und wurden von den Ärzten entsprechend abgeklärt und behandelt (vgl. u.a. MRI der LWS vom 10. Juni 2004 [AB 7/6], epidurale Infiltration L4/5 rechts vom 30. August 2005 [AB 7/10], sowie AB 7/16, 13/1). Zum MRI der LWS 6. Oktober 2016 (AB 59/1), welches u.a. beginnende degenerative Veränderungen in den beiden unteren lumbalen Segmenten zeigte, sowie zu den weiteren neueren MRI-Ergebnissen ist zudem zu beachten, dass radiologisch sichtbare Veränderungen für sich allein ohnehin keinen direkten Rückschluss auf das Ausmass von Schmerzen und daraus resultierende funktionelle Einschränkungen respektive das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit erlauben (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Januar 2018, 9C_78/2017, E. 5.3, und vom 19. Mai 2016, 9C_646/2015, E. 4.2). Insoweit sind sie per se auch nicht zur Bejahung einer revisionsrelevanten Veränderung geeignet. Gleiches gilt für die bereits Dr. med. C. _____ bekannten Schulterbeschwerden (vgl. AB 32/5 f.).

Die offenbar kurz vor der MEDAS-Begutachtung neu diagnostizierte Hypertonie hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten

Tätigkeit (AB 98.1/41 Ziff. 6.5.2, 98.1/42 Ziff. 6.11), so dass diese hinzuge-tretene Diagnose ebenso wenig einen anspruchserheblichen Revisions-grund darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 25. April 2016, 9C_894/2015, E. 5.1).

3.5.2 Soweit der Beschwerdeführer gegen die Feststellungen der Gutach-ter die Berichte seiner behandelnden Ärzte ins Recht führt (AB 106/2, 108 f., 111), postulieren auch diese keine massgebliche Veränderung. Kei-ne dieser Beurteilungen nimmt Bezug auf das MEDAS-Gutachten vom 21. November 2017 (AB 98.1), geschweige denn benennt – in Auseinan-dersetzung mit demselben – Aspekte, welche im Rahmen der Begutach-tung allenfalls ausser Acht geblieben wären. Vielmehr diskutieren die be-handelnden Ärzte die therapeutischen Optionen (vgl. AB 106/2, 108/2 f., 109/3 f., 111/3) und verweist der Beschwerdeführer pauschal auf die nach wie vor vorhandenen Schmerzen. Letztere wurden von den Gutachtern indessen umfassend gewürdigt. Wenn die Behandler nunmehr diagnostisch von einer Fibromyalgie ausgehen (AB 108/1, 109/4), handelt es sich bei seit Jahren somatisch kaum veränderter medizinischer Befundlage lediglich um eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unter-schiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sach-verhaltes (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.5.3 Im Rahmen der Leistungsverneinung vom 22. Mai 2008 (AB 38) wurde der Beschwerdeführer bei fehlenden Anhaltspunkten psychiatri-scherseits nicht abgeklärt. Im Rahmen der in der MEDAS am 3. Oktober 2017 erfolgten psychiatrischen Teilbegutachtung berichtete der Beschwer-deführer, sein Hauptproblem seien Schulter-, Nacken- und Hüftschmerzen, wozu noch müde Beine sowie Hals- und Kopfschmerzen kämen (AB 98.1/30 Ziff. 5.2.1). In Würdigung der objektiven Befundlage (AB 98.1/32 Ziff. 5.3.1) stellte der psychiatrische Experte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und mass der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie der mittelgradigen depressiven Epi-sode (ICD-10 F32.1) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (AB 98.1/34 Ziff. 5.4.5 und 5.4.6). Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein psychisches Krankheitskonzept (AB 98.1/33 Ziff. 5.4.3) und es liege denn

auch weder in der zuletzt ausgeübten noch in einer sonstigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit vor (AB 98.1/34 Ziff. 5.5). Damit berühren die weiteren Diagnosen den Rentenanspruch nicht (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12), so dass sich auch auf psychiatrischer Ebene kein anspruchrelevanter Unterschied der tatsächlichen Verhältnisse eingestellt hat.

3.5.4 Insgesamt erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden kann. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten materiellen Überprüfung (22. Mai 2008 [AB 38]) geschlossen werden. Vielmehr handelt es sich bei den gutachterlichen Ausführungen um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, welche revisionsrechtlich unerheblich ist.

Gleichsam sind auch in erwerblicher Hinsicht keine revisionsrechtlich relevanten Veränderungen eingetreten. Sowohl anlässlich der Leistungsabweisung vom 22. Mai 2008 (AB 38) wie auch im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112) war dem Beschwerdeführer die ursprüngliche Tätigkeit als ... medizinisch nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Zum damaligen Zeitpunkt hat der Beschwerdeführer die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit (vgl. AB 32/12 [siehe auch AB 98.1/57 Ziff. 9.2]) nicht bzw. nur unzureichend verwertet, woran sich zwischenzeitlich nur vorübergehend etwas geändert hat. Auch heute verwertet der Beschwerdeführer die noch vorhandene Arbeitsfähigkeit nicht optimal (vgl. AB 10/2, 15, 32/3, 39/5 Ziff. 6.3.1, 56/6 Ziff. 5.4, 98.1/24 Ziff. 3.1.2, 98.1/44 Ziff. 7.2.2, 98.1/51 Ziff. 8.2.1).

3.6 Doch selbst wenn ein Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund anzunehmen wäre mit der Folge, dass ab diesem Zeitpunkt der strittige Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend geprüft werden müsste (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1), ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (E. 4 hiernach). Da hier keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende psychiatrische Diagnose gestellt wurde (vgl. E. 3.5.3 hiervor) und eine

grössere Arbeits- und Leistungsunfähigkeit als die von den Gutachtern aus gesamtmedizinischer Sicht überzeugend attestierte auch aus einer Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2 hiervor) nicht resultieren kann, besteht kein Raum für die Vornahme einer solchen (vgl. Entscheid des BGer vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2). Entsprechend dem von den MEDAS-Gutachtern erstellten Zumutbarkeitsprofil ist der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, maximal 5 - 10 kg Gewicht, ohne Klettern und Gerüstesteigen, ohne repetitiven Armeinsatz beidseits mit Heben und Tragen über Schulterhöhe und ohne Reklinationshaltung oder Rotationsbewegung der HWS spätestens seit Mitte Oktober 2016 zu 100 % arbeitsfähig; dies bei einer Leistungsminderung von 10 % infolge vermehrten Pausenbedarfs (vgl. AB 98.1/57 Ziff. 9.2). Auf dieser Grundlage wäre unter der Annahme des Vorliegens eines Revisionsgrundes der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

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).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs-

und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen 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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.4 Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der Neuanmeldung vom 24. Oktober 2016 (AB 56) sowie der in der ursprünglichen Tätigkeit als ... bereits langjährig attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 10/4, 11/3, 13/1 f., 32/12) auf das Jahr 2017 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.5 Der Beschwerdeführer verfügt über keine Berufsausbildung, jedoch hat er gemäss eigenen Angaben diverse Weiterbildungslehrgänge im ... abgeschlossen (AB 1/4 Ziff. 6.2, in den Akten findet sich ein Ausweis über einen fünfwöchigen Lehrgang aus dem Jahr 2000 [AB 1/15]). Ab dem Jahr 2001 hatte er jeweils saisonale und später auch Festanstellungen als ... im ... inne (vgl. AB 1/17, 10), wobei diese Stelle per Ende 2006 gekündigt wurde (AB 15). Danach war er zeitweise selbständig (AB 32/3, 39/5 Ziff. 6.3.1), im Ausland (AB 98.1/24 Ziff. 3.1.2, siehe hierzu auch AB 67/2) und lediglich für einige Monate befristet teilzeitlich unselbständig erwerbstätig (AB 56/6 Ziff. 5.4; siehe zu den beruflichen Tätigkeiten auch AB 98.1/44 Ziff. 7.2.2, 98.1/51 Ziff. 8.2.1). Bei diesen Gegebenheiten sowie mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer die ihm in einer angepassten Tätigkeit verbliebene Arbeitsfähigkeit (E. 3.7 hiervor) nicht bzw. nur ungenügend verwertet, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen anhand der LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, bestimmt hat (AB 112/1).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Da die invaliditätsbedingten Einschränkungen bereits mit der um 10 % reduzierten Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.7 hiervor) berücksichtigt wurden und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 4.3 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Ein Abzug rechtfertigt sich zudem bereits deshalb nicht, weil hier sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen sind und invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre,

Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Demnach könnte der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % und einer Leistungsminderung von 10 % noch 90 % des hypothetischen Valideneinkommens (bzw. des LSE-Tabellenlohnes) erzielen, was einem Invaliditätsgrad von 10 % entspricht. Es besteht somit auch bei vollumfänglich freier Prüfung kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 10. April 2018 (AB 112) im Ergebnis nicht zu beanstanden, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.

6.1 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (E. 6.3 hiernach) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

6.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege:

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund der Akten (Akten des Beschwerdeführers, unpaginiert [act. IA], sowie Formular zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 18. Juni 2018 [in den Gerichtsakten]) bzw. angesichts der Sozialhilfeabhängigkeit ausgewiesen (vgl. act. IA, SH/Grundlagenbudget 1. - 30. Juni 2018). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 30. April 2019 inkl. eingereichter Arztberichte)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.