

200 18 488 IV  
KOJ/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 1. Juli 2019**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Mai 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 16. Dezember 1996 erstmals bei der Invalidenversicherung wegen Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 87.1/58 - 63). Die IVB verneinte mit Verfügung vom 5. August 1997 den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 87.1/21 - 23) und gewährte mit Verfügung vom 21. Oktober 1997 eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ (act. II 87.1/12 f.). Anschliessend schrieb sie mit Verfügung vom 6. Mai 1998 das Begehren um berufliche Massnahmen ab (act. II 87.1/1 f.). In der Folge konnte der Versicherte bei der ehemaligen Arbeitgeberin, der D.\_\_\_\_\_ AG, neu als ... wieder in den Arbeitsprozess integriert werden.

### **B.**

Am 15. November 2005 meldete sich der Versicherte erneut unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte eine Umschulung auf eine neue Tätigkeit (act. II 1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, insbesondere liess sie den Versicherten durch das Spital E.\_\_\_\_\_ begutachten (Expertise vom 28. Juni 2006 [act. II 13]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verfügte die IVB am 27. Juni 2007 die Verneinung eines Rentenanspruchs (act. II 21, 25, 30, 31). Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 35) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 31. Oktober 2008, IV 68527, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung gut (act. II 45) und wies die Sache an die IVB zurück zwecks Einholung eines rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung (E. 4.4). Daraufhin liess die IVB den Versicherten interdisziplinär durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie

und Psychotherapie, begutachten (Expertisen je vom 12. Mai 2009 [act. II 52 f.]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 9. Februar 2010 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (act. II 56, 66, 69, 72 - 74, 80 f., 83). Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 84) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 29. Oktober 2010, IV/2010/329 (act. II 98), ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

### **C.**

Am 29. August 2012 nahm der Versicherte eine Anmeldung betreffend Hilfsmittel vor und beantragte infolge eines Hörgeräteverlustes eine Wiederversorgung (AB 106). Hinsichtlich beruflicher Eingliederungsmassnahmen und einer allfälligen Invalidenrente meldete sich der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 11. September 2012 unter Beilage verschiedener medizinischer Berichte ein weiteres Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 104). Die IVB erteilte am 24. Januar 2013 Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale (act. II 122) und vom 29. April 2013 bis 13. Juli 2014 sowie vom 1. Dezember 2014 bis 28. Februar 2015 absolvierte der Versicherte in der Abklärungsstelle H.\_\_\_\_\_ verschiedene berufliche Massnahmen (Belastbarkeits-, Aufbau- und Arbeitstraining plus Coaching [125, 133, 136 f., 139 f., 145 f., 159, 164, 178, 187]). Zur Klärung des Leistungsanspruches liess die IVB den Versicherten durch die MEDAS I.\_\_\_\_\_, Interdisziplinäre medizinische Gutachterstelle, polydisziplinär in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und ORL begutachten (Expertise vom 10. Oktober 2014 inklusive Teilgutachten vom 23. Juni, 2. und 30. Juli 2014 [act. II 173.1 - 173.4]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. Januar 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 33 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 180, 183). Diese Verfügung blieb unangefochten. Am 3. März 2015 teilte die IVB dem Versicherten den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit (act. II 186).

### **D.**

Am 5. Februar 2016 meldete sich der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, erneut bei der Invalidenversicherung unter Beilage diverser medizinischer Berichte zum Leistungsbezug an (act. II 191). Nachdem die IVB beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 194 - 196), stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 17. Juni 2016 die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da seit der Ablehnung des Rentengesuches im Januar 2015 keine wesentliche Veränderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (act. II 197). Dagegen erhob der Versicherte am 23. August und 21. September 2016 Einwände (act. II 198; Akten der IVB [act. IIa] 201).

Am 6. Oktober 2016 reichte der Versicherte zudem eine Anmeldung für Hilfsmittel (Hörgeräte) ein (act. IIa 202). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IVB in der Folge eine vorzeitige Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale ab (Verfügung vom 9. Juni 2017; vgl. act. IIa 206, 214, 225, 232).

Am 26. Januar 2017 teilte die IVB dem Versicherten mit, dass eine Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgesehen sei (act. IIa 211). Mit Schreiben vom 13. Februar 2017 stellte der Versicherte den Antrag, die Gutachterpersonen seien auszutauschen und es sei ein polydisziplinäres Gutachten zu veranlassen (act. IIa 218). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (act. IIa 221) teilte die IVB dem Versicherten am 27. März 2017 mit (act. IIa 222), es sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, HNO und Psychiatrie vorgesehen. Mit Schreiben vom 11. April 2017 (act. IIa 224) machte der Versicherte geltend, dass bei der geplanten Begutachtung auch die Berücksichtigung der neuro-otologischen und der angiologischen Fachdisziplinen erforderlich sei. Ausserdem formulierte er eine Zusatzfrage zuhanden der Gutachter. Mit Schreiben vom 24. Mai 2017 gab die IVB dem Versicherten die Namen der Gutachter in den mit Schreiben vom 27. März 2017 vorgesehenen Fachdisziplinen bekannt (act. IIa 231).

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS K.\_\_\_\_\_, Interdisziplinäre Medizin, wurde am 16. August 2017 erstattet (act. Ila 235.1). Mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2017 (act. Ila 236) stellte die IVB dem Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 1. Dezember 2017 bzw. 15. Februar 2018 Einwände unter Beilage verschiedener medizinischer Berichte (act. Ila 237, 242). Daraufhin stellte die IVB den Gutachtern der MEDAS K.\_\_\_\_\_ am 20. März 2018 verschiedene Zusatzfragen, darunter auch eine des Versicherten (act. Ila 243), welche von den Gutachtern am 3. April 2018 beantwortet wurden (act. Ila 244). Daraufhin verneinte die IVB mit Verfügung vom 29. Mai 2018 (act. Ila 246) bei einem Invaliditätsgrad von 33 % den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung.

#### **E.**

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 29. Juni 2018 Beschwerde. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IVB vom 29. Mai 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens und der Gewährung der Gehörs- und Teilnahmerechte an die IVB zurückzuweisen.  
b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer und Versicherten ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.  
c) Subeventualiter: es seien ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen, entweder mittels zusätzlicher Rückfragen bei der MEDAS K.\_\_\_\_\_ oder mittels eines neuen medizinischen Gutachtens.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 16. Juli 2018 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, vom 23. Mai 2018 ein und beantragte, diesen Bericht zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. Dieser Bericht wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 17. Juli 2018 zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort zugestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. August 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde vom 29. Juni 2018 sei nicht einzutreten. Soweit auf die Beschwerde vom 29. Juni 2018 eingetreten werde, sei diese abzuweisen.

Der Instruktionsrichter wies mit prozessleitender Verfügung vom 21. August 2018 den Antrag auf Parteibefragung ab. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführer aufgefordert mitzuteilen, ob er an der Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung festhalte, was der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 31. August 2018 bejahte.

Mit Replik vom 4. Januar 2019 bestätigt der Beschwerdeführer (sinn-gemäss) die gestellten Rechtsbegehren, ebenso die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 5. Februar 2019.

Der Instruktionsrichter setzte mit prozessleitender Verfügung vom 19. Februar 2019 den Termin für die öffentliche Schlussverhandlung auf den 7. Mai 2019 fest und gab die Zusammensetzung der urteilenden Kammer des Verwaltungsgerichts bekannt. Gleichzeitig schloss er das Beweisverfahren.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. April 2019 wurde die öffentliche Schlussverhandlung vom 7. Mai 2019 abgesetzt.

Die Beschwerdegegnerin orientierte das Gericht mit Eingabe vom 24. April 2019 über ihre Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Mai 2019 setzte der Instruktionsrichter die öffentliche Schlussverhandlung neu auf den 7. Juni 2019 fest.

Die Beschwerdegegnerin bestätigte mit Eingabe vom 29. Mai 2019 die Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung.

Am 7. Juni 2019 fand die beantragte öffentliche Schlussverhandlung statt, anlässlich welcher der Beschwerdeführer die gestellten Rechtsbegehren bestätigte.

### **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 – vorbehaltlich der Ausführungen in E. 1.2 hiernach – auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 29. Mai 2018 (act. IIa 246). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Betreffend die eventualiter beantragten beruflichen Massnahmen ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da darüber nicht verfügt wurde und es somit diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Dass die angefochtene Verfügung einzig den Rentenanspruch betrifft, ergibt sich aus

der Überschrift und dem ersten Satz der Verfügung (act. Ila 246). In der Duplik, S. 3 Ziff. 9, stellt die Beschwerdegegnerin denn auch den Erlass einer Verfügung betreffend berufliche Massnahmen in Aussicht.

**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** Vorweg macht der Beschwerdeführer die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und der Vorschriften über das Vorbescheidverfahren sowie des Akteneinsichtsrechts geltend. Er bringt vor (Beschwerde, S. 3 ff.), die Beantwortung der Ergänzungsfragen durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, von der MEDAS K. \_\_\_\_\_ vom 3. April 2018 (act. Ila 244) sei ihm erst mit Erlass der angefochtenen Verfügung zur Kenntnis gebracht worden; die Fragen an die MEDAS K. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2018 (act. Ila 243) seien ihm überhaupt nicht zugestellt worden. Mit diesem Vorgehen sei das Recht verletzt, sich vorgängig zu den Fragen der Beschwerdegegnerin vom 20. März 2018 an Dr. med. M. \_\_\_\_\_ zu äussern und das Recht, sich nach Eingang der Stellungnahme zu dieser zu äussern und (weitere) Ergänzungsfragen zu stellen. Er verlange explizit die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin, dabei handle es sich nicht um einen formalistischen Leerlauf.

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung

wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72).

**2.3** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 ATSG). Die Verwaltung hat aber den rechtserheblichen Sachverhalt vor Verfügungserlass abzuklären und darf diese Aufgabe nicht ins Einspracheverfahren verlegen. Dieses verlöre sonst weitgehend seinen Sinn und Zweck, letztlich die Gerichte zu entlasten. Vorbehalten bleiben ergänzende Abklärungen, zu denen die in der Einsprache vorgebrachten Einwände Anlass geben (BGE 132 V 368 E. 5 S. 374, 125 V 188 E. 1c S. 191; SVR 2005 AHV Nr. 9 S. 31 E. 1.3.1). Im Verwaltungsverfahren gilt das Mitwirkungs- und Äusserungsrecht der betroffenen Person namentlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Augenscheins, der Befragung von Zeugen sowie bezüglich eines Expertengutachtens. Auf diese Beweismittel darf im Verwaltungsverfahren nicht abgestellt werden, ohne den Betroffenen Gelegenheit zu geben, an der Beweisabnahme teilzunehmen oder wenigstens nachträglich zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (BGE 125 V 332 E. 3a S. 335). Insbesondere hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Dies gilt auch in Verfahren, die mittels durch Einsprache anfechtbare Verfügung abgeschlossen werden (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116).

**2.4** Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres

Entscheidens veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d aa S. 437; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 75 E. 4.2).

**2.5** Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

**2.6** Der Beschwerdeführer stellte am 11. April 2017 zuhanden der Gutachter eine Zusatzfrage (act. IIa 224), welche die Beschwerdegegnerin der MEDAS K. \_\_\_\_\_ mit E-Mail vom 22. Mai 2017 zur Beantwortung im Gutachten übermittelte (act. IIa 230). Dazu nahmen die Gutachter in der Expertise denn auch Stellung (act. IIa 235.1/90). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wiederholte der Beschwerdeführer am 15. Februar 2018 in leicht angepasster Form die bereits gestellte Zusatzfrage zuhanden der Gutachter und reichte weitere medizinische Berichte ein (act. IIa 242). Diese Zusatzfrage und weitere Fragen wurden sodann den Experten unter Beilage der eingereichten Arztberichte zur Beantwortung vorgelegt (act. IIa 243) und die MEDAS K. \_\_\_\_\_ nahm am 3. April 2018 dazu Stellung (act. IIa 244). Dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung weder die Anfrage zuhanden der Gutachter vom 20. März 2019 (act. IIa 243) noch die entsprechende Antwort vom 3. April 2018 (act. IIa 244) zur Stellungnahme zugestellt hat, stellt allein eine leichte Gehörsverletzung dar. Denn die Beantwortung der gestellten Zusatzfrage und zweier weiterer Fragen hatte keine Auswirkungen auf den Ausgang des Verfahrens; so hat sich denn auch die Begründung in

der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2018 (act. IIa 246) im Vergleich zu derjenigen im Vorbescheid vom 27. Oktober 2017 (act. IIa 236) nicht verändert. Die leichte Gehörsverletzung kann jedoch geheilt werden, konnte der Beschwerdeführer diesbezügliche Rügen doch im Beschwerdeverfahren vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Verwaltungsgericht im Rahmen eines doppelten Schriftenwechsels sowie einer öffentlichen Schlussverhandlung vortragen. Wie die Beschwerdegegnerin zudem zutreffend festgehalten hat (Beschwerdeantwort, S. 4 Ziff. 20), hat der Beschwerdeführer beschwerdeweise auch nicht dargelegt, welche Rückfragen er an die Gutachter hätte stellen wollen und inwiefern diese entscheidungswesentlich gewesen wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 E. 5.1 und 5.2; vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Oktober 2018, 9C\_411/2018, E. 2.2, und vom 24. Februar 2014, 9C\_830/2013, E. 2.2). Schliesslich ist festzuhalten, dass es dem Beschwerdeführer möglich war, die fragliche Verfügung sachgerecht anzufechten.

### 3.

**3.1** 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**3.2** 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).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

### **3.4**

**3.4.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebe-

darfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**3.4.2** 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).

**3.4.3** 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 (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (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).

**3.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**3.4.5** 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).

**3.5** 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).

**3.6** 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).

#### **4.**

**4.1** Da die Verwaltung auf die Neuanmeldung vom 5. Februar 2016 (act. II 191) eingetreten ist, ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Vorliegend ist zu klären, ob seit der leis-

tungsablehnenden Verfügung vom 15. Januar 2015 (act. II 183) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2018 (act. IIa 246) eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.4.3 und 3.4.5 hiervor). Ist dies zu bejahen, hat eine allseitige Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (vgl. E. 3.4.4 hiervor).

**4.2** Der leistungsverweigernden Verfügung vom 15. Januar 2015 (act. II 183) lag insbesondere das Gutachten der MEDAS I. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2014 (inklusive Teilgutachten [act. II 173.1 - 173.4]) zu Grunde. Darin führten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf (act. II 173.1/32):

Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente bei Fehlstatik mit Halteinsuffizienz, muskulärer Dysbalance, Dekonditionierung und Adipositas

- nativ-radiologisch altersentsprechende degenerative Veränderungen (Röntgen vom 5. Juni 2014)
- kernspintomographisch breitbasige Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Radix S1 bilateral und mit linksseitig gelegener Diskushernie L4/L5 mit Kontakt zur Radix L5 links (MRI LWS vom 5. Januar 2011)

Arthralgie des Hüftgelenkes links mit Periarthropathia coxae bei nativ radiologisch leichter, weitgehend altersentsprechender Hüftdegeneration beidseits (Röntgen vom 5. Juni 2014)

- femoro-acetabuläre Impingementsymptomatik bei diskretem pathologischem Offset im Bereich der linken Hüfte

Manifeste, medial und femoropatellär betonte Pangoarthrose rechts mit lateraler Meniskusläsion und Meniskusganglien medial und lateral

Latente, leichte medialbetonte Gonarthrose links mit Innenmeniskus-Hinterhornläsion und mehrkammeriger Ganglienkette (MRI 13. Juni 2013)

Manifeste Ellbogenarthrose rechts mit Streckdefizit

Hochgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts

Leichtgradige Innenohrschwerhörigkeit links

Schwindel unklarer Genese

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41

- Dysthymia ICD-10 F34.1

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert führten die Gutachter die Folgenden auf (act. II 173.1/32 f.):

Adipositas (174cm / 105kg / BMI 35)  
Familiäre Lipomatose/Lipofibromatose  
– Status nach vielfachen Exzisionen  
Brillenträger bei Hyperopie

Die Gutachter gaben an (act. II 173.1/33), die früher ausgeübten schweren körperlichen Tätigkeiten auf dem ... seien dem Beschwerdeführer definitiv nicht mehr zumutbar; die Arbeitsfähigkeit als .../... betrage 0 %. Eine körperlich leichte und auch eine körperlich gelegentlich mittelschwere Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zu 90 % zumutbar. Mit „gelegentlich mittelschwer“ sei gemeint, dass der Beschwerdeführer durchaus intermittierend mittelschwer arbeiten könne, dass der Anteil der mittelschweren Arbeit nur etwa die Hälfte des Arbeitspensums umfassen sollte. Bei einer Tätigkeit müssten folgende einschränkende Kautelen berücksichtigt werden:

- Es dürfe keine ausschliesslich gehende oder ausschliesslich stehende Arbeit sein, sondern es müsse möglichst eine wechselbelastende Tätigkeit ohne lange Zwangshaltungen ausgeübt werden
- Gehen auf unebenem Gelände oder häufig über Treppen sei nicht möglich; das Besteigen von Leitern sei nicht zumutbar
- Es bestehe eine Minderbelastbarkeit des rechten Armes für ausgeprägt kraftaufwändige Arbeiten
- Wegen der Schwerhörigkeit dürfe der Beschwerdeführer keine Arbeit ausüben, welche auf ausgeprägten kommunikativen Leistungen beruhe und welche erhöhte Anforderungen an das Gehör stelle, zum Beispiel Arbeiten mit Maschinen, bei welchen auf Signale geachtet werden müsse
- Es komme keine Arbeit im Lärm in Frage
- Wegen des gelegentlich auftretenden, unklaren Schwindels dürfe der Beschwerdeführer nicht an sturzgefährdenden Arbeitspositionen und nicht an gefährlichen Maschinen eingesetzt werden.

Die Gutachter hielten zudem fest (act. II 173.1/34), beim Beschwerdeführer sei eine drastische Gewichtsreduktion notwendig. Der Rheumatologe

schlage die erneute Aufnahme einer aufbauenden Rückengymnastik und eine Physiotherapie für die Kniegelenke vor.

**4.3** Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2018 (act. IIa 246) stützte sich die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf das Gutachten der MEDAS K. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2017 (act. IIa 235.1). Als (Haupt-) Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter die Folgenden auf (act. IIa 235.1/87):

- Beginnende mediale Gonarthrose links
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

Als (Neben-)Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter die Folgenden fest (act. IIa 235.1/87):

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom lumbal betont, altersentsprechend degenerative Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule
- Dysthymia (ICD-10: F34.1)
- Schwere Innenohrschwerhörigkeit rechts, leichte Innenohrschwerhörigkeit links
- Diffuse Schwindelbeschwerden
  - Peripher vestibulär nicht erklärt
- Massive Adipositas (BMI 34.4kg/m<sup>2</sup>)
- Arterielle Hypertonie
- Status nach tiefer Beinvenenthrombose Anfang 2017, seither Antikoagulation

Die Gutachter gaben an (act. IIa 235.1/88), seit über zwanzig Jahren beklage der Beschwerdeführer lumbal betonte Rückenschmerzen in Kombination mit einer massiven Adipositas, welche klinisch vorwiegend mit einer eingeschränkten Beweglichkeit lumbal und ausgedehnten Druckdolenzen panvertebral sowie myofascial speziell der Beckenkamm-Muskulatur imponierten. Radikuläre Ausfälle seien nie beschrieben worden und seien auch aktuell nicht festzustellen. Eine eingeschränkte Beweglichkeit sei durch die bildgebenden Befunde der früheren Jahre und auch des aktuellen Röntgens mit altersentsprechenden degenerativen Veränderungen an der unteren Lendenwirbelsäule nur teilweise erklärbar, vorwiegend durch eine massive Adipositas. Die Kniegelenke zeigten eine normale Statik und eine mässige femoropatellare Krepitation ohne Druckdolenzen. Am linken Unterschenkel werde ein Kompressionsstrumpf getragen seit einer Beinvenenthrombose Anfang 2017. Bei der aktuellen ORL-Untersuchung werde

eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts und leichtgradig links bestätigt. Diffuse Schwindelbeschwerden seien mehrfach abgeklärt worden und seien peripher vestibulär nicht erklärbar. Psychiatrisch werde weiterhin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert nebst einer Dysthymia. Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führten die Gutachter aus (act. IIa 235.1/88 f.), wie im Vorgutachten 10/2014 festgehalten, bestehe aufgrund des chronifizierten lumbalen Rückenleidens in Kombination mit einer massiven Adipositas sowie einer beginnenden medialen Gonarthrose links keine Arbeitsfähigkeit mehr für die früher ausgeübte Tätigkeit als ... und .... Betreffend Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (act. IIa 235.1/89) sei für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit wegen einer beginnenden medialen Gonarthrose links und auch wegen eines chronifizierten lumbalen Schmerzsyndroms in Kombination mit einer massiven Adipositas eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % anzunehmen, dies wegen verlangsamer Bewegungsabläufe und vermehrt nötiger Pausen. Psychiatrisch werde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % geschätzt. Otorhinolaryngologisch bestünden qualitative Einschränkungen. Polydisziplinär richte sich die Einschränkung nach der rheumatologischen Beurteilung. In Frage komme ein körperlich leichtes bis mittleres Belastungsniveau wechselbelastend ohne ausschliesslich gehende und stehende Tätigkeiten und ohne länger vorgeneigte Zwangshaltungen. Anzunehmen sei eine leichte Minderbelastung des rechten Ellbogens (diskretes Streckdefizit unklarer Ursache). Betreffend ORL wäre es gemäss den Gutachtern infolge der subjektiven geschilderten Beschwerden sinnvoll, wenn der Beschwerdeführer in einem Gebiet eingesetzt würde, wo keine Sturzgefahr bestehe. Zu meiden seien Gerüste, Arbeiten auf Leitern oder an rotierenden gefährlichen Maschinen sowie lärmexponierte Berufe mit gleichzeitiger Kommunikationsnotwendigkeit. Zudem wäre seit Jahren eine Gewichtsreduktion wichtig. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Auswirkungen desselben auf die Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2015 verändert hätten, verneinten die Gutachter (act. IIa 235.1/90); hinzugekommen sei gemäss Hausarztbericht vom 1. Februar 2017 eine tiefe Venenthrombose 2016/2017 am linken Unterschenkel. Seither werde eine Behandlung mit Kompressionsstrumpf und Antikoagulation mit Xarelto durchgeführt. Deshalb seien auch Tätigkeiten zu meiden,

die ein höheres Verletzungsrisiko mit sich brächten. Weitere qualitative Einschränkungen seien davon nicht abzuleiten.

**4.4** Im Vorbescheidverfahren reichte der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Unterlagen ein:

**4.4.1** Im Bericht vom 20. November 2017 (act. IIa 242/9) führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, aus, sie sehe den Beschwerdeführer regelmässig alle zwei bis drei Wochen. Insgesamt sei seine Schmerzproblematik unverändert und subjektiv sehr belastend. Neu bestehe aktuell eine leichte Follikulitis der Kopfhaut, weshalb er noch einen dermatologischen Termin im ... in ... habe.

**4.4.2** Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, führte im Bericht vom 28. November 2017 (act. IIa 242/8) die folgende Diagnose auf:

- 2017 seborrhoisches Kopfhautekzem mit Follikulitis capitis

Dr. med. O.\_\_\_\_\_ gab an, der Beschwerdeführer leide schon seit Jahren unter diesem Juckreiz an der Kopfhaut, was ihn zu Kratzattacken verführe. Er habe ihm die Verursachung durch Bakterien oder Pilzelemente erklärt. Auch Medikamente, besonders Voltaren und Xarelto, könnten Pruritus auslösen.

**4.4.3** Dr. med. N.\_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 15. Dezember 2017 (act. IIa 242/7) an, aufgrund einer komplexen Problematik sei es weiterhin undenkbar, dass der Beschwerdeführer in irgendeiner Form wieder arbeitsfähig werden könnte. Im Vordergrund stünden nach wie vor massive lumbale Schmerzen, bei bekannter fortschreitender Diskushernie mit S1-Wurzelreizung links. Daneben bestehe auch auf Höhe 3/4 eine zunehmende Schmerzproblematik, wobei ebenfalls dort eine mediane Diskushernie habe nachgewiesen werden können. Die lumbalen Schmerzen seien im Leben des Beschwerdeführers sehr einschränkend, es seien nur noch kürzere Gehstrecken von weniger als 200 m möglich. Dazu komme das Problem im Bereich der Halswirbelsäule. Auch dort bestünden ausgeprägte nuchale Myogelosen mit Spannungskopfschmerzen, welche den Beschwerdeführer im Alltag stark beeinträchtigten. Auch die Knieschmerzpro-

blematik beidseitig habe zugenommen. Zum Beispiel sei das Treppensteigen sehr mühevoll, der Beschwerdeführer könne die Treppe nur bewältigen, indem er beide Beine auf die gleiche Treppenstufe setze. Zudem habe der Beschwerdeführer seit der tiefen Beinvenenthrombose im linken Unterschenkel chronische Unterschenkelschmerzen. Aufgrund einer aktuellen Follikulitis sei er in dermatologischer Behandlung im DELC in .... Nachvollziehbar sei auch, dass sich aufgrund der belastenden körperlichen Problematik auch zunehmend ein depressives Zustandsbild entwickelt habe, welches ihn in seiner Konzentration und seinem Antrieb stark einschränke. Wie oben erwähnt, sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Am negativen IV-Vorbescheid sei ihr die Diskrepanz zwischen der erreichten Arbeitsfähigkeit bei der Abklärungsstelle H.\_\_\_\_\_ von maximal 50 % und der vom RAD beurteilten Arbeitsfähigkeit aufgefallen. Aus hausärztlicher Sicht sei eine Teilberentung absolut gerechtfertigt.

**4.4.4** Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte im Bericht vom 18. Januar 2018 (act. IIa 242/4 – 6) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Thorakale Beschwerden, Verdacht auf symptomatische ventrikuläre Extrasystole
- Tiefe Beinvenenthrombose links 9/2015 und 1/2015
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Chronischer Schwindel
- Depressive Störung  
somatoforme Störung
- Rezidivierende Urolithiasis
- Tubuläres Adenom 2012

Hinweise für eine koronare Ursache dieser angegebenen Beschwerden fänden sich anhand unauffälliger Echokardiographie sowie klinisch und elektrisch negativer Ergometrie keine. Auch heute seien die Beschwerden nur intermittierend vorhanden bei heute gleichzeitig beobachteter mässig häufiger ventrikulärer Extrasystolie. Die beklagten Beschwerden seien auch anlässlich der Puls palpation mit häufig auftretenden ventrikulären Extrasystolen aufgetreten. Eine antiarrhythmische Therapie empfehle er aufgrund der aktuellen Ausprägung keine.

**4.5** Am 3. April 2018 nahm Dr. med. M. \_\_\_\_\_ von der MEDAS K. \_\_\_\_\_ zu verschiedenen Ergänzungsfragen Stellung (act. IIa 244). Die Frage, ob sich die medizinische Beurteilung (Diagnose, Verlauf, Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit) seit dem Gutachten der MEDAS K. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2017 aufgrund der mit den Einwänden neu vorgelegten Arztberichte geändert habe (und falls ja, inwiefern), beantwortete er mit „nein“. Zur Frage, ob gestützt auf die neuen Berichte der behandelnden Ärzte weitere Abklärungen notwendig seien, hielt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ fest, die Berichte des Kardiologen (act. IIa 242/4 - 6) und der Hausärztin (act. IIa 242/7 und 9) ergäben keine neuen Gesichtspunkte. Kardiologisch sei keine Herzkrankheit festgestellt worden. Die angegebenen Beschwerden seien somit funktionell und nicht organisch. In einem ersten Bericht der Hausärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2017 (act. IIa 242/9) sei lediglich betont worden, dass die Schmerzproblematik unverändert und subjektiv belastend sei. Vermutlich auf Insistieren des Rechtsvertreters habe sie erneut lumbale Schmerzen betont (act. IIa 242/7), wo neu auch eine mediale Diskushernie L3/4 nachgewiesen worden sei. Eine solche habe sich bereits im CT-Befund vom 16. Juli 2010 gezeigt und werde im aktuellen Gutachten wie im Vorgutachten vom 10. Oktober 2014 der MEDAS I. \_\_\_\_\_ berücksichtigt als chronisches Rücken-Schmerzsyndrom lumbal betont bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, wie die Veränderungen auch weiterhin zu bezeichnen seien. Nackenbeschwerden seien sowohl im Vorgutachten wie im aktuelleren Gutachten einbezogen worden als panvertebrales Schmerzsyndrom, begleitet auch von diffusen Schwindelbeschwerden, welche otorhinolaryngologisch/vestibulär nicht erklärt werden könnten. Dass die Knieschmerzen durch eine diskret beginnende mediale Gonarthrose links nun teilweise erklärbar seien, werde im Gutachten gesagt, wo dies auch als erste Hauptdiagnose aufgeführt werde, welche auch zu den geschätzten quantitativen und qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führe. Die Hausärztin sage zudem in ihrem zweiten Schreiben (act. IIa 242/7), dass am linken Unterschenkel nach einer Beinvenenthrombose Anfang 2017 chronische Unterschenkel-schmerzen bestünden. Wichtig sei dort lediglich die Feststellung, dass keine ödematösen Schwellungen feststellbar gewesen seien und wegen einer Dauerantikoagulation Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko wegfielen.

Zur Frage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, ob sich die Befunde am linken und rechten Knie respektive die Auswirkungen des Knieschadens auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Vorgutachten der MEDAS I. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2014 verändert hätten, gab Dr. med. M. \_\_\_\_\_ an, im Vorgutachten 10/2014 sei die Arbeitsfähigkeit als .../... mit häufig schwerer körperlicher Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachtet worden. Hingegen seien für eine körperlich leichte und auch gelegentlich mittelschwere Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % als zumutbar erachtet worden. Die aktuell feststellbare leichte und beginnende Kniearthrose auf der Innenseite sei insofern berücksichtigt worden, als eine etwas höhere Arbeitsunfähigkeit von 20 % für adaptierte leichtere Tätigkeiten geschätzt worden sei, welche in die psychiatrisch genannte Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 10 % zu integrieren gewesen sei.

**4.6** Im vorliegenden Verfahren reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Allgemeinmediziners und Pneumologen Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2018 ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3). Darin wurden die folgenden (Haupt-)Diagnosen aufgeführt:

- Postinfektiös prolongiert hyperreagibles Bronchialsystem nach bronchitischem Infekt 01/18
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Status nach PVT links 2015 und 2017, unter Xarelto

Dr. med. L. \_\_\_\_\_ gab an, zusammenfassend könne beim Beschwerdeführer derzeit ein normaler lungenfunktioneller Befund eruiert werden, eine manifeste Pneumopathie liege nicht vor. Auffallend sei die Zunahme der FEV1 nach Inhalation mit einem kurzwirksamen Beta-Mimetikum, ohne dass das Obstruktionskriterium erfüllt sei oder weitere Anhaltspunkte für ein Asthma bronchiale vorliegen würden. Dies könne im Rahmen eines noch postinfektiös hyperreagiblen Bronchialsystems gewertet werden. Eine kurzfristige inhalative Therapie mit einem LAMA habe er abgegeben.

## 5.

**5.1** Das Gutachten der MEDAS K. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2017 (act. IIa 235.1; inklusive Beantwortung der Ergänzungsfragen vom 3. April 2018

[act. IIa 244]) erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 3.6 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

Zwar haben die Gutachter anfänglich – mit Ausnahme einer tiefen Venenthrombose am linken Unterschenkel, welche keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat – verneint, dass sich seit der Verfügung vom 15. Januar 2015 (act. II 183) eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe (act. IIa 235.1/90). Auf explizite Nachfrage hinsichtlich der Situation an den beiden Kniegelenken gingen sie mit Blick auf die leichte und beginnende Kniearthrose links jedoch von einer (im Vergleich zum Vorgutachten aus dem Jahr 2014 mit damals 10 %-iger Einschränkung [act. II 173.1/33]) etwas höheren Arbeitsunfähigkeit von 20 % für leidensangepasste Tätigkeiten aus (act. IIa 244), wobei sie dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit bereits im Gutachten selber festgehalten hatten (act. IIa 235.1/89). Weitere Nachfragen bei den Gutachtern waren entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung unter Berufung auf den Entscheid des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_70/2018, E. 3.3, nicht erforderlich, da mit der Stellungnahme vom 3. April 2018 (act. IIa 244) in medizinischer Hinsicht alle relevanten offenen Fragen geklärt wurden. Insbesondere wurde darin überzeugend und schlüssig dargelegt, dass die im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztberichte an den gutachterlichen Schlüssen nichts ändern und dass gestützt auf diese Berichte auch keine weiteren Abklärungen erforderlich sind.

Die Beschwerdegegnerin stuft die von den Gutachtern der MEDAS K. \_\_\_\_\_ attestierte 20 %-ige Einschränkung als eine andere Beurteilung eines an sich im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhaltes ein (act. IIa 246), was neuanmeldungsrechtlich unbeachtlich wäre (vgl. E. 3.4.3 hiervor), und verweist insbesondere auf die IV-fremde massive Adipositas (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 22. August 2008,

8C\_74/2008, E. 2.2) des Beschwerdeführers (Beschwerdeantwort, S. 5 Ziff. 24). Der Umstand, dass bereits im MEDAS-Gutachten vom 10. Oktober 2014 von einer latenten, leichten medialbetonten Gonarthrose links die Rede war und der Beschwerdeführer auch bereits damals eine massive Adipositas aufwies (act. II 173.1/32), spricht für die Auffassung der Beschwerdegegnerin. Letztlich kann jedoch die Frage, ob im relevanten Vergleichszeitraum (vgl. E. 4.1 hiervor) tatsächlich eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist bzw. ein Neuanmeldungsgrund vorliegt, offen bleiben, da selbst bei Berücksichtigung der durch die Gutachter der MEDAS K.\_\_\_\_\_ attestierten 20 %-igen Einschränkung kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 6 hiernach). Eine höhere Einschränkung als 20 % wird auch nicht durch den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2018 (act. I 3) belegt. Darin wird von einem normalen lungenfunktionellen Befund berichtet und erwähnt, eine manifeste Pneumopathie liege nicht vor; zudem wird keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**5.2** Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (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) verzichtet werden.

## **6.**

**6.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2017 IV Nr. 70 S. 217 E. 2.2).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

## **6.2**

**6.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

**6.2.2** 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). 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 (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 Invalidenein-

kommen 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).

**6.3** Der Einkommensvergleich ist auf einen allfälligen Rentenbeginn hin vorzunehmen (vgl. E. 6.1 hiervor). Da im Zusammenhang mit dem Erlass der Verfügung vom 15. Januar 2015 nach Ablauf der Wartezeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorlag (33 %; act. II 183), ist eine nachfolgende gesundheitliche Verschlechterung als neuer Versicherungsfall zu bezeichnen mit der Folge, dass die Wartezeit erneut zu bestehen ist (BGE 142 V 547 E. 3.1 S. 550; Entscheid des BGer vom 6. November 2018, 8C\_445/2018, E. 5.2). Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, attestierte dem Beschwerdeführer am 21. Oktober 2015 (act. II 190) bei einer Zunahme der degenerativen Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit aktuell Ischialgien links für eine leichte körperliche Tätigkeit eine theoretische Arbeitsfähigkeit von zwei Mal zwei Stunden täglich. Zudem erfolgte die hier relevante Neuanmeldung am 5. Februar 2016 (act. II 191). Folglich fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG auf Oktober 2016; auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

**6.4** Für das Valideneinkommen ist auf das zuletzt bei der D.\_\_\_\_\_ AG im Jahr 2005 erzielte Einkommen von Fr. 4'980.-- monatlich bzw. Fr. 64'740.-- jährlich (13 x Fr. 4'980.--) auszugehen (act. II 4). Indexiert auf das Jahr 2016 resultiert ein Betrag von Fr. 71'747.-- (Tabelle T1.1.05, Nominallohnindex, Männer, 2006 - 2010, Abschnitt F, Baugewerbe, Index Jahr 2005: 100 Punkte, Index Jahr 2010: 107.7 Punkte; Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2017, Abschnitt F, Baugewerbe/Bau, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2016: 102.9 Punkte).

Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, ist das Invalideneinkommen anhand von statistischen Zahlen zu ermitteln (vgl. E. 6.2.2 hiervor). Auszugehen ist von der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der LSE 2014, Total Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 5'312.-- monatlich bzw. Fr. 63'744.-- jährlich (auch beim Abstellen auf die entsprechende Tabelle der LSE 2016 [Fr. 5'340.-- monatlich], welche am 26. Oktober 2018 und damit nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2018 [act. IIa 246] veröffentlicht wurde [vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)], würde sich am Ergebnis des Verfahrens gemäss E. 6.5 hiernach nichts ändern). Angepasst an die Lohnentwicklung im Jahr 2016 resultiert ein Betrag von Fr. 64'299.90 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer 2011 - 2017, Abschnitt Total, Index Jahr 2014: 103.2 Punkte, Index Jahr 2016: 104.1 Punkte). Die Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2016 von 41.7 Stunden ergibt einen Betrag von Fr. 67'032.65 (Fr. 64'299.90 : 40 h x 41.7 h). Nach Abzug der gutachterlich attestierten Einschränkung von 20 % verbleibt ein Betrag von Fr. 53'626.10 (Fr. 67'032.65 x 0.8). Zum leidensbedingten Abzug (vgl. E. 6.2.2 hiervor) ist zu erwähnen, dass gemäss Angaben der Gutachter die Einschränkung von 20 % in verlangsamten Bewegungsabläufen und vermehrten Pausen begründet ist (act. IIa 235.1/89). Dem Beschwerdeführer ist somit ein Vollzeitpensum zumutbar; in solchen Fällen ist kein über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit hinausgehender Abzug gerechtfertigt (vgl. Entscheid des BGer vom 17. November 2015, 9C\_380/2015, E. 3.2.3). Weiter kommt fehlenden Dienstjahren im untersten Kompetenzniveau im privaten Sektor keine grosse Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014, E. 4.2) und werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 6. Mai 2008, 8C\_321/2007, E. 8.2.2). Die Nationalität/Aufenthaltskategorie rechtfertigt vorliegend keinen leidensbedingten Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (act. II 1/15; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 348 f.). Damit beträgt der Tabellenlohnabzug maximal 10 % und es resultiert ein

Invalideneinkommen von Fr. 48'263.50 (Fr. 53'626.10 x 0.9). Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gewährte bzw. aus der Verfügung vom 15. Januar 2015 übernommene 15 %-ige Abzug (act. Ila 246) ist demgegenüber nicht angemessen, was die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 5 Ziff. 24) nun auch so festhält; im Übrigen würde ein Abzug von 15 %, wie ihn der Beschwerdeführer an der öffentlichen Schlussverhandlung forderte, am Ausgang des Verfahrens nichts ändern, indem das so ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 45'582.-- zu keinem Rentenanspruch führt (vgl. E. 6.5 sogleich).

**6.5** Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 33 % bzw. 36 % ( $100 / \text{Fr. } 71'747.-- \times [\text{Fr. } 71'747.-- - \text{Fr. } 48'263.50] = 32.73 \%$  bzw.  $100 / \text{Fr. } 71'747.-- \times [\text{Fr. } 71'747.-- - \text{Fr. } 45'582.--] = 36.46 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Folglich lässt sich die angefochtene Verfügung vom 29. Mai 2018 jedenfalls im Ergebnis nicht beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiavor).

**6.6** Abschliessend bleibt festzuhalten, dass es dem Beschwerdeführer jederzeit frei steht, sich bei der Invalidenversicherung für Eingliederungsmassnahmen zu melden, worauf die Beschwerdeführerin explizit an der öffentlichen Schlussverhandlung hingewiesen hat.

## 7.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Auch gestützt auf die gerügte Verletzung des rechtlichen Gehörs (Beschwerde, S. 5 oben) besteht für eine (reduzierte) Parteientschädigung keine Grundlage. Zwar kommt auch bei der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör der allgemeine Rechtsgrundsatz zur Anwendung, wonach jene Partei für die Kosten des Verfahrens aufzukommen hat, welche es verursacht hat, wobei für die Kostenfolgen massgebend ist, dass der Partei nicht Kosten entstehen, die ihr ohne die Gehörsverletzung nicht entstanden wären. Vorliegend war der Beschwerdeführer jedoch nicht gezwungen, Beschwerde zu erheben, um zu einer (nachträglichen) rechtsgenügenden Begründung der Verfügung zu gelangen, so dass ihm insoweit keine Mehrkosten entstanden sind (vgl. SVR 2010 IV Nr. 51 S. 159 E. 3.3).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- 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 lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 7. Juni 2019)
- IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 7. Juni 2019)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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